

Die Klenico-Items: theoretische Herleitung und empirische Fundierung eines neuen Ansatzes in der psychiatrischen Diagnostik

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Lukas Lustig

Angenommen im Frühjahrssemester 2020
auf Antrag der Promotionskommission:
Prof. Dr. Damian Läge (hauptverantwortliche Betreuungsperson)
Prof. Dr. med. Hans-Joachim Haug

Zürich, 2020

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8
Zusammenfassung	12
1. Einleitung und Theorie	15
1.1. Ein historischer Einstieg	16
1.1.1. Emil Kraepelin – der Verwegene	16
1.1.1.1. Zur Methodik Kraepelins	18
1.1.1.2. Nosologie und Einteilung der Krankheiten	18
1.1.2. Karl Jaspers – der Methodiker	21
1.1.2.1. Verstehen vs. erklären	22
1.1.2.2. Ein vorläufiges Diagnoseschema und das Schichtenprinzip	24
1.1.3. Kurt Schneider – der Systematiker	26
1.1.4. Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	29
1.1.4.1. DSM-I und DSM-II: die Anfänge	29
1.1.4.2. DSM-III: der Umbruch	31
1.1.4.3. DSM-5: die nicht eingetretene Sensation	35
1.1.5. Zur Geschichte der ICD	38
1.1.5.1. Neurose und Psychose: Umgang mit vorbelasteten Begriffen	39
1.1.5.2. Feldstudien	40
1.1.6. Fazit I	42
1.2. Erkenntnistheoretische Problemfelder der psychiatrischen Diagnostik	44
1.2.1. Das Leib-Seele-Problem	44
1.2.1.1. Historische Vorläufer	45
1.2.1.2. Subjektive Empfindungen: die Stolpersteine	47
1.2.1.3. Implikationen für die psychiatrische Diagnostik	48
1.2.1.4. Phänomenologie als möglicher Ausweg	50
1.2.2. Wahrnehmung und Denken in Kategorien	52

1.2.3.	Normalität.....	55
1.2.3.1.	Statistische Normalität	55
1.2.3.2.	Funktionale Normalität	58
1.2.3.3.	Soziale Normalität	59
1.2.3.4.	Subjektive Normalität	62
1.2.4.	Strikes and Balls – eine Analogie	64
1.2.5.	Fazit II	66
1.3.	Aktueller Stand der psychiatrischen Diagnostik	69
1.3.1.	Begriffsbestimmungen	69
1.3.1.1.	Psychiatrische Diagnostik.....	69
1.3.1.2.	Deskriptiv-operationalisierte Diagnostik	71
1.3.1.3.	Symptom	74
1.3.1.4.	Syndrom.....	77
1.3.1.5.	Krankheit und Störung.....	78
1.3.1.6.	Befund und Diagnose.....	80
1.3.2.	Ziele und Zwecke der psychiatrischen Diagnostik	81
1.3.3.	Überblick zu modernen diagnostischen Instrumenten	84
1.3.3.1.	Checklisten.....	84
1.3.3.2.	Strukturierte Interviews	84
1.3.3.3.	Standardisierte Interviews.....	87
1.3.3.4.	Das AMDP-System.....	88
1.3.3.5.	Selbstbeurteilungsverfahren.....	93
1.3.4.	Studien zur Qualität der psychiatrischen Diagnostik	95
1.3.4.1.	Validität, Prognostik und DRGs	96
1.3.4.2.	Reliabilität diagnostischer Instrumente.....	98
1.3.4.3.	Diagnostik in der klinischen Routine.....	100
1.3.5.	Fazit III.....	103
1.4.	Klenico: ein neuer Ansatz in der psychiatrischen Diagnostik	106

1.4.1.	Der Robuscal und die Vorläufer des Klenico-Projekts	107
1.4.2.	Symptomkarten	111
1.4.3.	Erste Software-Implementierung	114
1.4.4.	Weiterentwicklung des Klenico-Erhebungsverfahrens	117
1.4.5.	Effizienzsteigerung: Screening und Ipsative Messung	119
1.4.6.	Fazit IV	122
1.5.	Ziele, Fragestellungen und Hypothesen	125
1.5.1.	Empirischer Teil	125
1.5.2.	Konzeptioneller Teil	128
2.	Methode	132
2.1.	Methode zum empirischen Teil	133
2.1.1.	Patienten, Ablauf und Erhebungsinstrument	133
2.1.2.	Statistische Analysen	134
2.1.3.	Darstellungsweise der Ergebnisse	136
2.2.	Methode zum konzeptionellen Teil	137
2.2.1.	Verknüpfung der Innen- und der Außenperspektive	139
2.2.2.	Die Symptomerfassung mit der Klenico-Software	143
2.2.2.1.	Allgemeiner Aufbau der Software	143
2.2.2.2.	Selbstauskunft	145
2.2.2.3.	Diagnostisches Interview	147
2.2.3.	Experten-Interviews und Review-Prozess	150
2.2.4.	Methode zum Aufbau des Symptomkatalogs und zur Item-Formulierung	155
2.2.4.1.	Kriterien für die Auswahl der Störungskategorien	156
2.2.4.2.	Kriterien für die Gruppierung der Störungseinheiten	159
2.2.4.3.	Kriterien für die Extraktion von Symptomen	160
2.2.4.4.	Kriterien zur Unterscheidung zwischen Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptomen	165
2.2.4.5.	Kriterien für die Item-Formulierung von Selbstauskunftssymptomen	168

2.2.4.6.	Kriterien für die Item-Formulierung von Diagnostiker-Symptomen.....	170
2.2.4.7.	Kriterien für die Auswahl von Screening-Items	172
3.	Ergebnisse	176
3.1.	Ergebnisse zum empirischen Teil.....	176
3.1.1.	Stichprobenvergleiche HD Depression vs. HD Essstörung	177
3.1.2.	Stichprobenvergleiche HD Depression vs. HD Angststörung	184
3.1.3.	Stichprobenvergleiche HD Depression vs. HD Zwangsstörung	189
3.1.4.	Stichprobenvergleiche zwischen allen Gruppen	193
3.2.	Ergebnisse zum konzeptionellen Teil.....	194
3.2.1.	Auswahl der Experten, Interviews und Reviews	195
3.2.2.	Auswahl der Störungseinheiten.....	197
3.2.2.1.	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	197
3.2.2.2.	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.....	199
3.2.2.3.	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen.....	202
3.2.2.4.	Affektive Störungen.....	204
3.2.2.5.	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen.....	208
3.2.2.6.	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.....	214
3.2.2.7.	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.....	216
3.2.2.8.	Intelligenzminderung	220
3.2.2.9.	Entwicklungsstörungen.....	221
3.2.2.10.	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	223
3.2.3.	Gruppierung der Störungsbereiche.....	224
3.2.4.	Extraktion von Symptomen.....	230
3.2.4.1.	Symptome der Psychosen	231
3.2.4.2.	Symptome der Persönlichkeitsstörungen	240
3.2.4.3.	Symptome der ADHS	249
3.2.4.4.	Symptome des Autismus.....	256

3.2.4.5.	Symptome der Manie	262
3.2.4.6.	Symptome der Depression	267
3.2.4.7.	Symptome der Somatoformen Störungen	272
3.2.4.8.	Symptome der Zwänge	284
3.2.4.9.	Symptome der Angststörungen: Panikstörung.....	291
3.2.4.10.	Symptome der Angststörungen: Agoraphobie	294
3.2.4.11.	Symptome der Angststörungen: Soziale Phobie	299
3.2.4.12.	Symptome der Angststörungen: Spezifische Phobien.....	301
3.2.4.13.	Symptome der Angststörungen: Generalisierte Angststörung	304
3.2.4.14.	Symptome der Abhängigkeiten: Alkohol	307
3.2.4.15.	Symptome der Abhängigkeiten: Drogen	313
3.2.4.16.	Symptome der Abhängigkeiten: Medikamente	318
3.2.4.17.	Symptome der Abhängigkeiten: Tabak	323
3.2.4.18.	Symptome der Essstörungen	328
3.2.4.19.	Symptome der Belastungsstörungen	333
3.2.4.20.	Symptome der Demenzen.....	346
3.2.4.21.	Intensivmerkmale	353
3.2.5.	Item-Formulierungen und Symptom-Arten	355
3.2.5.1.	Items zu Psychosen	356
3.2.5.2.	Items zu Persönlichkeitsstörungen.....	368
3.2.5.3.	Items zu ADHS	379
3.2.5.4.	Items zum Autismus	384
3.2.5.5.	Items zur Manie	389
3.2.5.6.	Items zur Depression.....	394
3.2.5.7.	Items zu Somatoformen Störungen.....	402
3.2.5.8.	Items zu Zwängen	412
3.2.5.9.	Items zu Angststörungen: Panikstörung	418
3.2.5.10.	Items zu Angststörungen: Agoraphobie	422

3.2.5.11.	Items zu Angststörungen: Soziale Phobie	426
3.2.5.12.	Items zu Angststörungen: Spezifische Phobien.....	430
3.2.5.13.	Items zu Angststörungen: Generalisierte Angststörung	433
3.2.5.14.	Items zu Abhängigkeiten: Alkohol.....	436
3.2.5.15.	Items zu Abhängigkeiten: Drogen.....	442
3.2.5.16.	Items zu Abhängigkeiten: Medikamente	447
3.2.5.17.	Items zu Abhängigkeiten: Tabak	452
3.2.5.18.	Items zu Essstörungen	454
3.2.5.19.	Items zu Belastungsstörungen	461
3.2.5.20.	Items zu Demenzen	470
3.2.5.21.	Items zu Intensivmerkmalen.....	478
3.3.	Anzahl Symptome und Items des gesamten Inventars	482
4.	Diskussion	485
4.1.	Diskussion zum empirischen Teil.....	485
4.1.1.	Diskussion des Vergleichs HD Essstörung vs. HD Depression.....	487
4.1.2.	Diskussion des Vergleichs HD Angststörung vs. HD Depression.....	493
4.1.3.	Diskussion des Vergleichs HD Zwangsstörung vs. HD Depression.....	497
4.1.4.	Schlussfolgerungen zum empirischen Teil	499
4.2.	Diskussion zum konzeptionellen Teil.....	501
4.2.1.	Kritische Würdigung der Störungsbereiche	502
4.2.1.1.	Psychosen.....	502
4.2.1.2.	Persönlichkeitsstörungen	505
4.2.1.3.	ADHS / Autismus	509
4.2.1.4.	Manie	510
4.2.1.5.	Depression.....	512
4.2.1.6.	Somatoforme Störungen	513
4.2.1.7.	Zwänge.....	515
4.2.1.8.	Angststörungen	516

4.2.1.9.	Abhängigkeiten	518
4.2.1.10.	Essstörungen	520
4.2.1.11.	Belastungsstörungen	522
4.2.1.12.	Demenzen	524
4.2.1.13.	Intensivmerkmale	525
4.2.2.	Einschätzungen zum gegenwärtigen Stand des Item-Inventars	527
4.2.2.1.	Errungenschaften	528
4.2.2.2.	Einschränkungen der internen Einheitlichkeit	531
4.2.2.3.	Einschränkungen der praktischen Verwendbarkeit.....	533
4.2.2.4.	Zur Bedeutung einer umfassenden empirischen Validierung	535
4.2.3.	Ansätze zur Weiterentwicklung	538
Literaturverzeichnis.....		544

Vorwort

Es war ein Angebot, das kaum jemand leichtsinnig abgelehnt hätte: Produktentwicklung in einem kleinen Team, dazu eine Festanstellung in einem Start-up, das eigens für das Produkt gegründet wurde, und wofür im Vorfeld finanzsichere Investoren überzeugt werden konnten, verbunden mit der Möglichkeit eines Doktorats an der Universität Zürich. Unterbreitet wurde mir das Angebot von Prof. Dr. Damian Läge, dessen herausragende, sowohl kritische wie auch kreative Denkleistungen ich bereits in einem Seminar an der Universität Zürich sowie im Rahmen meiner Masterarbeit, die er betreute, überaus schätzen gelernt hatte. Das Produkt wiederum betraf einen Kernbereich meines zukünftigen Berufsfeldes als psychologischer Psychotherapeut: Es sollte eine Software für psychiatrische Diagnostik entstehen. Die ehrgeizigen Projektziele sahen vor, innerhalb von knapp zwei Jahren eine neuartige Zusammenstellung von relevanten psychopathologischen Symptomen zu erarbeiten und eine Validierungsstudie dafür in mehreren Kliniken des deutschsprachigen Raumes aufzugleisen. Für die Erfassung der Symptom-Zusammenstellung in der alltäglichen klinischen Versorgungsroutine sollte zudem eine Software entwickelt, geplant und umgesetzt werden.

Ein zentraler Entwicklungsschritt des gesamten Projekts lag darin, mit verschiedenen ausgewiesenen Experten im deutschsprachigen Raum zu jeweils einem bestimmten Störungsbild oder einem Themenkreis ein ausführliches Interview zu führen. Dadurch ließ sich zum einen gewährleisten, dass der aktuelle Wissensstand in die geplante Diagnostik-Software einfließt. Zum anderen bot uns dies auch die Möglichkeit, die zu Kriterienkatalogen erstarrten Konzepte psychischer Störungen mit einem tiefer gehenden Wissen zu erfassen und dieses Verständnis für die Formulierungen innerhalb der Diagnostik-Software zu nutzen. Insgesamt 18 solcher Interviews konnten wir im knappen Zeitrahmen von etwa vier Monaten durchführen. In den allermeisten Fällen erwiderten die Experten unsere Anfragen mit einer großen Unterstützungsbereitschaft und vielen Ermutigungen. Die große Vision unseres Projekts, nämlich die Durchführung deskriptiver Diagnostik einfacher, systematischer und mit möglichst wenig Zeitaufwand betreiben zu können, fand in diesem Sinne einen breiten Anklang. Auch die in der Software enthaltene Möglichkeit einer auf empirischen Daten basierenden Visualisierung der Zusammenhänge zwischen einzelnen Symptomen und Symptomclustern traf auf reges Interesse. Insgesamt stellten wir fest, dass die computerbasierte Datenverarbeitung in psychiatrischen Einrichtungen zwar durchaus zum Einsatz kommt, allerdings kaum im Bereich der de-

skriptiven Diagnostik. Das bestätigte unsere Annahme, dass wir mit der Entwicklung des Klenico-Systems tatsächlich einen neuen Weg beschritten hatten, der auch von einflussreichen Spezialisten als relevant und unterstützenswert erachtet wurde.

Bei der Initiierung anspruchsvoller und innovativer Projekte scheint ein beachtliches Maß an Idealismus notwendig zu sein, um die sich unweigerlich einstellenden Komplikationen und Hindernisse im Voraus nicht allzu erschwerend zu antizipieren. Bisweilen hilft wohl auch eine in Naivität gehüllte Verdrängung oder gar Verleugnung, um nicht gleich zu Beginn entmutigt und resigniert das Handtuch zu werfen. Rückblickend traf dies beim Klenico-Projekt wahrscheinlich auf das Vorhaben zu, im Zeitraum von zwei Jahren einen für die umfassende Validierung notwendigen Datensatz von etwa 1500 Patienten zusammen zu kriegen. Zwar boten uns viele der kontaktierten Experten die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Kooperation an, um Teile des neuen Item-Inventars beispielsweise in bestehende Studien oder institutsinterne Abläufe zu integrieren und so in kleinen Schritten allmählich eine Gesamtvalidierung zu erzielen. Doch je konkreter die Umsetzung geplant wurde, desto mehr stellte sich die starke Auslastung der in der Psychiatrie tätigen Fachpersonen und insbesondere der Nachwuchswissenschaftler als handfestes Problem heraus, für das sich kurzfristig keine praktikable Lösung abzeichnete. Hinzu kam ab Mai 2018 eine europaweite, drastische Verschärfung der geltenden Datenschutzgesetze, die bei den Verantwortlichen zunächst für viel Verwirrung und noch mehr Unsicherheit sorgte und damit die Abwicklung administrativer Prozesse für die Validierungsstudie keineswegs begünstigte. So stellt die Erfassung der nötigen Datensätze für die Klenico AG, – die ja keine eigenständige Forschungsinstitution darstellt und daher gänzlich auf Kooperationen mit psychiatrischen Kliniken angewiesen ist, – bis heute eine Herausforderung dar, für die sie hoffentlich bald die nötigen Ressourcen wird aufbringen können.

Der Fokus meiner Dissertation lag von Beginn an auf der Zerlegung der heute gültigen Störungskonzepte in einzelne, abgrenzbare Symptome und der anschließenden Generierung von inhaltlich möglichst präzise formulierten Items, anhand derer die Symptome einfach und zuverlässig erfasst werden sollten. Im Rahmen einer Kooperation mit der Schön Klinik Roseneck in Prien (D) ergab sich zudem die Möglichkeit zur Analyse eines bestehenden Datensatzes, der mit über 10 000 Erhebungen einen Umfang aufweist, wie er in der psychiatrischen Forschung nur selten anzutreffen ist. Dieses immense Datenvolumen erlaubte eine Reihe von symptom- und syndrombezogenen Auswertungen, deren strukturelle Basis die in einer früheren Projektphase von Kleinco entstandene Symptomkarte zum Beck Depression Inventory

darstellt. Damit ließ sich die Bedeutung von Symptom-Cluster-Strukturen in einem der häufigsten psychischen Störungsbilder differenziert untersuchen.

Vielleicht wird es in der psychiatrischen Diagnostik eines Tages möglich sein, die starren Störungskonzepte zugunsten eines dynamischeren und mitunter wieder vermehrt ätiologisch orientierten Denkens in Symptom-Clustern aufzugeben. Projekte wie das Klenico-System könnten hierzu vielleicht sogar entscheidende Schritte beitragen. Gerne hätte ich selbst noch in Erfahrung gebracht, wie die von mir größtenteils neu formulierten Items mit anderen Erhebungsinstrumenten übereinstimmen, und welche Datenstruktur sich aufgrund der spezifischen Symptomzerlegung ergibt. Dieses Unterfangen hätte aber aufgrund der erwähnten Umstände den zeitlichen Rahmen meiner Dissertation gesprengt.

Danken möchte ich in erster Linie dem Hauptbetreuer dieser Dissertation, Prof. Dr. Damian Läge. Neben seiner Fähigkeit, komplexe Sachverhalte in kürzester Zeit zu erfassen und zu analysieren, scheint ihm auch eine Leidenschaft für präzise sprachliche Formulierungen eigen zu sein, von der ich bei diesem Projekt sicherlich in besonderem Maße profitieren konnte. Darüber hinaus zeigte er eine hohe Bereitschaft, meinen Ideen, meinen Vorschlägen sowie auch meinem persönlichen Arbeitsstil so viel Freiheit einzuräumen, wie es ein eng getaktetes Projekt eben erlaubt. Ein weiterer Dank geht an Prof. Dr. med. Achim Haug, meinem zweiten Betreuer. Mit seiner hohen fachlichen Kompetenz, die sowohl seiner wissenschaftlichen Tätigkeit als auch seiner praktischen Erfahrung als Psychiater entspringt, hat er ganz Wesentliches zum Gelingen des Klenico-Projekts und meiner Dissertation beigetragen. Außerdem zeigte er sich bereit, das Projekt weit über seine Emeritierung hinaus zu betreuen, wofür ich ihm ganz besonders danken möchte. Als besonders lehrreich blieb mir jedes einzelne der geführten Interviews mit den jeweiligen Experten eines psychiatrischen Gebiets in Erinnerung. Davon habe ich einen Erfahrungsschatz und ein Verständnis für psychische Störungen mitgenommen, von dem ich heute in meiner klinischen Tätigkeit täglich profitiere. Ihnen allen gilt ebenfalls mein herzlicher Dank, ganz besonders aber Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Voderholzer für die Zurverfügungstellung des erwähnten Datensatzes. Auf privater Seite möchte ich schließlich meiner Frau meine tiefste Dankbarkeit ausdrücken. Ohne ihre hohe Bereitschaft, Entbehrungen verschiedenster Arten in Kauf zu nehmen, wäre mir das Verfassen dieser Dissertationsschrift nicht möglich gewesen, zumal die Endphase des Schreibprozesses mit der Gründung unserer eigenen Familie zusammenfiel.

Anmerkungen zur Sprachform

Wenn im folgenden Text von Lesern, Patienten, Therapeuten o.ä. die Rede ist, so sind semantisch immer Leserinnen und Leser, Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten usw. gemeint. Das gilt insbesondere für den im Folgenden häufig verwendeten Ausdruck Diagnostiker, der ebenfalls eine allgemeine, unmarkierte Funktionsbezeichnung darstellt, wofür die grammatisch, nicht aber die inhaltlich maskuline Form gewählt wird (vgl. Bayer, 2019). Insofern lassen sich aus der gewählten Sprachform keine gültigen Rückschlüsse zum Verhältnis der Geschlechter ableiten, weder im Allgemeinen noch in Bezug auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem.

Für den Bericht der Ergebnisse werde ich mehrheitlich die aktive Wir-Form verwenden. Das soll zum einen eine angenehmere Lesbarkeit ermöglichen als die in wissenschaftlichen Schriften sonst häufig anzutreffende Passivform. Zum anderen widerspiegelt die Wir-Form aber auch die Arbeitsprozesse in unserem kleinen Forschungs- und Entwicklungsteam der Klenico AG, die es in der Regel erlaubten, dass abschließende Entscheidungen im Rahmen von gemeinsamen Diskussionen getroffen wurden. Die inhaltlichen Grundlagen für solche Diskussionen wurden jedoch in Einzelarbeit erschaffen, was im Fall meines Dissertationsprojekts nicht nur die statistischen Analysen, sondern auch den gesamten Entstehungsprozess des Item-Inventars betraf.

Zusammenfassung

Einleitung und Theorie: Ausgehend von einer Betrachtung der jüngeren historischen Entwicklung werden zunächst einige grundlegende Problemfelder der psychiatrischen Diagnostik beleuchtet, deren Ausläufer mitunter in erkenntnistheoretische Kernfragen münden. Demnach ist in den späten 1960er Jahren eine gravierende wissenschaftliche Umorientierung zu verorten, die ihren Niederschlag im 1980 erschienenen DSM-III als deskriptiv-operationalisierte Diagnostik fand. Durch den radikalen Verzicht auf ätiologische Konzepte konnte in der Folge die Reliabilität von psychiatrischen Diagnosen deutlich verbessert werden, während deren Validität insgesamt eher fragwürdig erscheint. So gelingt es bis heute nicht, auf Basis der festgelegten Diagnosekategorien gültige prognostische Aussagen zu treffen. Um solchen grundlegenden Schwierigkeiten der psychiatrischen Diagnostik methodisch angemessen zu begegnen, erwies sich der Robuscal-Algorithmus (Läge, 2001), ein statistisches Verfahren aus dem Bereich der Nonmetrischen Multidimensionalen Skalierung (NMDS), bereits in mehreren Studien als hilfreiches Mittel. Dem Klenico-Projekt liegt das Ziel zugrunde, den Robuscal-NMDS-Algorithmus im Rahmen einer kommerziell verwertbaren Software für die psychiatrische Diagnostik nutzbar zu machen. Als Voraussetzung, dass er sein volles Potenzial entfalten kann, wird allerdings ein Item-Inventar benötigt, das die Symptome aller für die Versorgungspraxis relevanten Störungsbilder umfasst und außerdem bestimmten formalen Kriterien entspricht. Im konzeptionellen Teil dieser Dissertation wird die Erstellung dieses Item-Inventars dokumentiert. Der empirische Teil widmet sich dagegen der Cluster-Struktur einer bestehenden Symptomkarte (Bühler, Keller & Läge, 2012) und untersucht deren diagnostische Relevanz anhand eines außerordentlich umfangreichen Datensatzes aus der klinischen Praxis.

Methode: Im empirischen Teil wurden aus dem bestehenden Datensatz vier Patientengruppen gebildet: Patienten mit der Hauptdiagnose (HD) einer unipolaren Depression, Patienten mit der HD einer Essstörung und einer unipolaren Depression als Nebendiagnose, Patienten mit der HD einer Angststörung und einer unipolaren Depression als Nebendiagnose sowie Patienten mit der HD einer Zwangsstörung und einer unipolaren Depression als Nebendiagnose. Die bei Eintritt in eine psychiatrisch-psychosomatische Klinik routinemäßig erhobenen Daten des BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) wurden als Mittelwertvergleiche zwischen den genannten Patientengruppen auf drei Integrationsstufen analysiert: erstens auf der Ebene des Gesamtschweregrads selbstberichteter Depressionssymptomatik, zweitens auf der Ebene von

Clustern, die der BDI-II-Symptomkarte von Bühler, Keller und Läge (2012) entsprechen, sowie drittens auf der Ebene der einzelnen Symptome. Im konzeptionellen Teil wurde ein systematisches Verfahren entwickelt, um in insgesamt sieben Teilschritten eine Auswahl an relevanten Störungskategorien zu treffen, deren diagnostische Kriterien in eine der Klenico-Software angemessene Symptomstruktur zu transformieren und dazu schließlich operationalisierende Items zu formulieren. Zu jedem dieser Teilschritte wurde eine Reihe expliziter Kriterien und Entscheidungsregeln aufgestellt und begründet.

Ergebnisse: Im empirischen Teil ergab der Vergleich HD Depression ($n = 4895$) vs. HD Essstörung ($n = 3302$) zunächst zwei typische Symptomprofile, demnach das Cluster „Negative Einstellung zum Selbst“ in der Gruppe HD Essstörung stärker ausgeprägt war (Cohen’s $d = 0,40$) und das Cluster „Verminderte Aktivierung“ bei der Gruppe HD Depression (Cohen’s $d = 0,40$), während die übrigen Cluster nur geringe Unterschiede aufwiesen. Aufgrund des markanten Altersunterschieds der beiden Stichprobengruppen wurden die Berechnungen mit einer altersmäßig angepassten Gruppe HD Depression erneut durchgeführt, wobei insbesondere der charakteristische Unterschied im Cluster „Negative Einstellung zum Selbst“ verschwand. Bei den übrigen Stichprobenvergleichen zeigten sich keine charakteristischen Profile, sondern lediglich eine jeweils im Durchschnitt geringer ausgeprägte Depressionssymptomatik, wenn die HD eine Angst- oder Zwangsstörung war. Der konzeptionelle Teil umfasst die Dokumentation aller sieben Teilschritte zur Erstellung des Item-Inventars. Tabellarisch sind die jeweiligen Entscheidungen zur Auswahl der Störungskategorien, zur angemessenen Neugruppierung für die Klenico-Software, zur Extraktion von Symptomen aus den diagnostischen Kriterien, zur Symptomstruktur sowie zur Formulierung der entsprechenden Items festgehalten. Der ergänzende Text fokussiert auf die Begründung von besonders markanten Entscheidungen. Insgesamt umfasst das erstellte Item-Inventar 410 Symptome, die mit 612 Items erfasst werden können und in 21 Störungsbereiche eingeteilt sind. Rund drei Viertel der Symptome sind der Erfassung durch Selbstauskunft zugeordnet, das übrige Viertel muss in der Klenico-Software durch einen fachlich geschulten Diagnostiker beurteilt werden.

Diskussion: Die diagnostische Relevanz der Cluster aus der BDI-II-Symptomkarte muss aufgrund der hier erfolgten Analysen insgesamt als gering betrachtet werden, da sich zwischen den verschiedenen Stichprobengruppen entweder gar keine charakteristischen Symptomprofile ergaben, oder diese sich als konfundiert durch die Altersvariable herausstellten. Die Ursache für die geringe diagnostische Aussagekraft der Cluster ist aber hauptsächlich im verwendeten Messinstrument, dem BDI-II zu sehen, und nicht im Robuscal-NMDS-Algorithmus,

welcher der Berechnung der BDI-II-Symptomkarte zugrunde lag. Im konzeptionellen Teil erfolgt zunächst eine kritische Würdigung der entstandenen Symptomstruktur jedes einzelnen Störungsbereichs. Da eine empirische Überprüfung des erstellten Item-Inventars im Rahmen dieser Dissertation nicht erfolgen konnte, liegt der Fokus hier einerseits auf möglichen Schwierigkeiten bei der praktischen Anwendung der Software, andererseits auf Überlegungen, welche spezifischen Unklarheiten im Rahmen einer empirischen Überprüfung adressiert werden sollten. Schließlich wird der erreichte Stand des Item-Inventars im größeren Zusammenhang der psychiatrischen Diagnostik betrachtet. Im Vergleich zu anderen umfassenden Erhebungsinstrumenten wie dem SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) oder dem AMDP-System (AMDP, 2016) zeichnet sich das Klenico-System unter anderem durch eine enge inhaltliche Anbindung an die diagnostischen Verzeichnisse ICD-10 und DSM-5 aus, ohne dabei auf Effizienzvorteile der Selbstauskunft zu verzichten. Ferner weist es eine hohe Transparenz in der Entwicklung auf und legt durch eine stringente Verfolgung des phänomenologischen Ansatzes eine Vielzahl an Operationalisierungen für psychopathologische Merkmale vor. Ohne eine zukünftige empirische Validierung des Item-Inventars läuft das Klenico-Projekt allerdings Gefahr, entscheidende Vorteile seiner differenzierten Methodik einzubüßen.

1. Einleitung und Theorie

Der Name Klenico steht sowohl für ein junges Start-up-Unternehmen als auch für dessen Produkt, eine neuartige Diagnostik-Software für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Der Ursprung dieses innovativen Ansatzes liegt in einem besonderen statistischen Verfahren aus dem Bereich der Nonmetrischen Multidimensionalen Skalierung, dem sogenannten Robuscal-Algorithmus (Läge, 2001). Damit können Merkmale ihrem gemeinsamen Auftreten entsprechend in einem zwei- oder mehrdimensionalen Raum angeordnet werden, wodurch ein grafisches Abbild der Datenstruktur entsteht. Wie jedes statistische Verfahren ist auch der Robuscal-Algorithmus nicht an bestimmte Inhalte gebunden, sondern kann prinzipiell für Datenanalysen aus den verschiedensten Themengebieten verwendet werden. Dass das Klenico-Projekt im Bereich der psychiatrischen Diagnostik angesiedelt ist, stellt aber bei Weitem kein Zufall dar: Es gibt ganz spezifische Gründe, weshalb der Einsatz des Robuscal-Algorithmus auch im Rahmen der Routinediagnostik in psychiatrischen Institutionen enorm gewinnbringend eingesetzt werden kann. Die Begründung dieser These ist das Hauptanliegen des vorliegenden Einleitungsteils. Als erster Schritt wird es aufschlussreich sein, die jüngere historische Entwicklung der psychiatrischen Diagnostik etwas genauer zu betrachten. Einige grundlegende, erkenntnistheoretische Problemfelder, mit denen sich schon Hunderte engagierter Forscher im Bereich der psychiatrischen Diagnostik auseinander zu setzen hatten, werden im zweiten Kapitel umrissen. Im dritten Kapitel soll der aktuelle Stand der psychiatrischen Diagnostik mit einigen zentralen Begriffen erörtert werden. Die letzten zwei Kapitel dienen dazu, das eigentliche Forschungsanliegen dieser Dissertation zu konkretisieren.

1.1. Ein historischer Einstieg

Wer heutzutage von psychiatrischer Diagnostik spricht, bezieht sich dabei meistens auf die Fachbegriffe und deren Systematisierung, wie sie in den offiziellen Manualen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization; WHO) oder der American Psychiatric Association (APA) zu finden sind. Das war natürlich keineswegs immer so. Beide Manuale weisen eine Entwicklungslinie auf, die zu großen Teilen auf die deutschsprachige Psychiatrie um die Jahrhundertwende zurück zu verfolgen ist. Die verschiedenen Konzepte von psychischen Auffälligkeiten und Abnormitäten unterlagen dabei sowohl inhaltlichen Veränderungen als auch ganz generell einer Verbreiterung ihres Deutungsanspruchs. In diesem ersten Kapitel soll es darum gehen, diese Historie in groben Zügen nachzuzeichnen und ein Verständnis dafür aufzubauen, dass die aktuellen Ausgaben der Manuale, aber auch deren weiteren Umsetzungsformen wie diagnostische Fragebögen oder Interview-Vorlagen nicht als endgültig festgelegte Gesetze, sondern eher als eine vorläufige Übereinkunft im wissenschaftlichen Diskurs zu verstehen sind.

Die Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten, die man heute als psychische Störungen bezeichnet, sind keineswegs nur Phänomene der Neuzeit. Frances Allen (2013) unternimmt in seiner populärwissenschaftlichen Kritik am DSM-5 einen Streifzug durch die Geschichte der letzten 2000 Jahre und zeigt dabei auf, dass die Konzepte und Erklärungsmodelle zwar teilweise einem immensen Wandel unterlegen, die Erscheinungsformen dagegen vermutlich in etwa dieselben geblieben sind (S. 67–123). Für die Thematik dieser Dissertationsschrift wird es nicht nötig sein, die Historie der psychischen Krankheitskonzepte im Detail nachzuzeichnen. Wichtiger scheint dagegen ein Verständnis, welche Ideen und Auffassungen als unmittelbare Vorläufer in die heutigen Konzeptionen eingeflossen sind. Meistens werden in diesem Zusammenhang die Werke von drei herausragenden Wissenschaftlern genannt: Karl Jaspers, Kurt Schneider und Emil Kraepelin. Diese sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden, um anschließend auf die Entstehung der beiden diagnostischen Verzeichnisse der APA und der WHO zu fokussieren.

1.1.1. Emil Kraepelin – der Verwegene

Emil Kraepelin wurde 1856 in Neustrelitz geboren. Von 1874 bis 1878 studierte er Medizin an den Universitäten Würzburg und Leipzig, wo er erstmals mit Wilhelm Wundt (1832–1920)

zusammentraf, der heute als Begründer der experimentellen Psychologie gilt. Nach verschiedenen Forschungsaufenthalten und Anstellungen in mehreren Irrenanstalten wurde Kraepelin 1886 Ordinarius im estländischen Dorpat (Tartu). Das dort bereits konzipierte und von Wundt beeinflusste Forschungsprogramm setzte er ab 1891 in Heidelberg fort, bis er schließlich 1903 einem Ruf als Direktor der neu erbauten psychiatrischen Klinik in München folgte. 1922 emerierte Kraepelin und starb 1926 in München. (Weber, Burgmair & Engstrom, 2006)

Eine erste Version von Kraepelins Hauptwerk erschien 1883 als „Compendium der Psychiatrie“, später wurde es unter dem Titel „Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte“ insgesamt neun Mal aufgelegt. In Bezug auf die Nosologie der psychotischen Störungen wird es heute noch als wichtigste Grundlage für die modernen psychiatrischen Klassifikationssysteme gesehen (Weber, 2006). Kraepelin verfasste es in einer Zeit, als die modernen Naturwissenschaften und die Medizin über mehrere Dekaden hinweg einen bedeutsamen Aufschwung erlebt hatten und Deutschland zum Spitzenreiter dieser Disziplinen aufstieg. Wegweisend dafür war eine Gruppe von Physikern, Biologen und Physiologen, darunter Hermann von Helmholtz (1821–1894), Emil du Bois-Reymond (1818–1896) und Rudolf Virchow (1821–1902), die überzeugt waren, dass jede wissenschaftliche Erkenntnis experimentell aus den chemisch-physikalischen Naturgesetzen abzuleiten sei. Mit dieser positivistischen Grundeinstellung wendeten sie sich energisch und mitunter polemisch gegen die zu Beginn des 19. Jahrhunderts vorherrschende Geistesströmung der Naturphilosophie. Diese hatte ihren Fokus – auch auf dem Gebiet der Psychiatrie – auf metaphysische Zusammenhänge zwischen den Menschen und dem Universum sowie auf unbewusste psychische Prozesse gelegt (Decker, 2013, S. 35–38). Vor diesem Hintergrund ist auch Kraepelins apriori-Überzeugung zu sehen, dass für alle psychischen Abnormitäten eine entsprechende Pathologie in der Großhirnrinde zu suchen und zu finden sei (Kraepelin, 1903, S. 3–6). Dieselbe Auffassung formulierte vor ihm schon Wilhelm Griesinger (1817–1868) in einer bis heute häufig zitierten sprachlichen Verdichtung, wonach alle Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien (Hoff, 1997, S. 7). Doch im Gegensatz zu Griesinger, der vom Konzept einer Einheitspsychose ausging, welche sich lediglich in verschiedenen Stadien unterschiedlich manifestiere, lag Kraepelins großes Anliegen in der „Gewinnung wirklich einheitlicher, der Natur entsprechender Krankheitsbilder“ (1904, S. 7) sowie deren Systematisierung nach dem Vorbild des schwedischen Botanikers und Zoologen Carl von Linné (1707–1778) (Kraepelin, 1904, S. 2).

1.1.1.1. Zur Methodik Kraepelins

Was die methodische Herangehensweise Kraepelins betrifft, so scheinen aus heutiger Perspektive zwei Aspekte besonders kennzeichnend: die sogenannten Zählkarten und die Betonung der Verlaufsforschung. Erstere dienten dazu, die Patienten mit soziodemografischen Angaben sowie freitextlichen Beschreibungen zu Heredität, Ätiologie, Vorgeschichte, Status und Verlauf zumindest ansatzweise systematisch zu erfassen. Auch eine Diagnose wurde jeweils darauf vermerkt und zu einem späteren Zeitpunkt überprüft. Kraepelin und seine Mitarbeiter trugen über die Jahre offenbar mehrere Hundert solcher ausgefüllten Zählkarten zusammen, was den Eindruck erweckte, dass seine Klassifikation auf einer für die damalige Zeit sehr breiten empirischen Basis abgestützt gewesen sei. Eine neuere Untersuchung ließ angesichts der oft sehr lückenhaften Aufzeichnungen allerdings Zweifel aufkommen, ob Kraepelins Nosologie tatsächlich aus einer empirischen Forschung abgeleitet wurde, oder ob die Zählkarten nicht eher post hoc seine Vorstellungen über psychische Krankheiten bestätigen sollten (Decker, 2013, S. 48; Weber, Burgmair & Engstrom, 2006).

Was die Verlaufsforschung angeht, so wird Kraepelin nach wie vor zugeschrieben, als erster die Unterscheidung zwischen der „Dementia praecox“ (was in etwa dem moderneren Konzept der Schizophrenien entspricht) und dem „Manisch-depressiven Irresein“ (der heutigen Bipolaren Störung) getroffen zu haben. Damit gelang ihm im Bereich der Psychosen eine bis heute gültige Unterteilung in Bezug auf Verlauf und Prognostik, was in einem Zeitalter ohne wirksame Psychopharmaka oder andere hilfreichen Interventionen durchaus bedeutsam war. Doch obschon Kraepelin in seinen Schriften (z.B. 1903, S. 4) immer wieder betonte, dass die Momentaufnahme eines Patienten weniger aussagekräftig sei als der Verlauf einer Symptomatik über die Zeit hinweg, räumte er auch immer wieder ein, dass eben diese Verlaufsbeobachtung sehr schwierig zu bewerkstelligen sei (Kraepelin, 1904, S. 1).

1.1.1.2. Nosologie und Einteilung der Krankheiten

Die siebte Auflage von Kraepelins Hauptwerk „Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte“ erschien 1903 und 1904 in zwei Bänden. Im knapp 500 Seiten umfassenden ersten Band handelt Kraepelin in fünf Kapiteln allgemeine Aspekte psychischer Abnormitäten ab: Die „Ursachen des Irreseins“ teilt er auf in äußere (z.B. Hirn-, Nerven- und Stoffwechselkrankheiten, Vergiftungen und Organerkrankungen) sowie innere Ursachen (z.B. Alter, Ge-

schlecht, Erblichkeit, Entwicklungsstörungen). Im Kapitel zu den „Erscheinungen des Irreseins“ erläutert Kraepelin eine Vielzahl psychischer Symptome und ordnet sie in inhaltlich homogene Gruppen (z.B. „Störungen des Wahrnehmungsvorganges“, „Störungen der Verstandestätigkeiten“, Störungen des Gefühlslebens“). Es folgt das Kapitel „Verlauf, Ausgänge und Dauer des Irreseins“, in dem Kraepelin wiederum sehr allgemeine Aspekte schildert (z.B. „Beginn der Erkrankung“, „Höhe der Erkrankung“, „Genesungszeit“). Im Kapitel zur „Erkennung des Irreseins“ gibt Kraepelin allgemeine Hinweise zur Untersuchung von Kranken, bevor er im Kapitel über „die Behandlung des Irreseins“ eine Reihe in der damaligen Zeit möglichen Interventionen beschreibt. Dazu gehörten neben einigen Arzneimittelbehandlungen (z.B. mit Opium, Morphinum, Chloroform oder gewissen Schlafmitteln) auch operative Eingriffe sowie die Unterbringung in Irrenanstalten.

Im zweiten Band legte Kraepelin (1904) seine eigentliche Nosologie dar. Im einleitenden Kapitel erwähnt er zwar, „dass gerade das tiefer dringende Verständnis uns vielleicht immer klarer die Unmöglichkeit einer wirklich durchgreifenden Einteilung der Seelenstörungen dartun wird“ (S. 1). Dennoch beschreibt er die als „natürliche Krankheitseinheiten“ gedachten Störungsbilder auf prototypische Weise, wie das folgende Zitat aus dem Kapitel über manische Zustände illustrieren mag:

Der Kranke fühlt das Bedürfnis, aus sich herauszugehen, mit seiner Umgebung in lebhafteren Verkehr zu treten, eine Rolle zu spielen. Da er keine Ermüdung kennt, duldet es ihn nicht lange im Bett; in aller Frühe, um 4 Uhr bereits, steht er auf, räumt alle Rumpelkammern auf, erledigt rückständige Angelegenheiten, unternimmt Morgenspaziergänge, Ausflüge. Er beginnt, Gesellschaften, Vergnügungen mitzumachen, viele und lange Briefe zu schreiben, ein Tagebuch zu führen, viel zu musizieren, zu schriftstellern, entfernte Bekannte zu besuchen, sich um alle möglichen Dinge und Verhältnisse zu kümmern, die ihm früher gänzlich fern lagen. Namentlich die Neigung zum Reinen (Briefe!) pflegt sich stark geltend zu machen. (Kraepelin, 1904, S. 519)

Die Ausführungen zu den einzelnen Krankheiten variieren sehr stark: Während sich für das „manisch-depressive Irresein“ auf fast 100 Seiten detaillierte Angaben zum Wesen der Krankheit, deren Verlauf, Prognose und Behandlung finden, sind es bei der „Verrücktheit (Paranoia)“ wesentlich knappere Angaben, die auch in anderen Informationskategorien beschrieben werden. Tabelle 1.1 soll einen Überblick zur kraepelinschen Systematik vermitteln. Allein aufgrund der hier aufgeführten Begrifflichkeiten dürfte klarwerden, dass diese Unterteilung,

die ja doch Jahrzehnte lang die deutschsprachige Psychiatrie prägte, höchstens punktuell mit den heutigen Störungskonzepten übereinstimmt.

Tabelle 1.1: Systematik der Nosologie nach Emil Kraepelin (1904).

<i>Einheit</i>	<i>Untereinheit / klinische Krankheitsbilder</i>
1. Das infektiöse Irresein	Die Fieberdelirien Die Infektionsdelirien Die infektiösen Schwächezustände
2. Das Erschöpfungsirresein	Das Collapsdelirium Die akute Verwirrtheit Die chronische nervöse Erschöpfung
3. Die Vergiftungen	Die akuten Vergiftungen Die chronischen Vergiftungen (Alkoholismus, Morphinismus, Cocainismus)
4. Das thyreogene Irresein	Das mixödematöse Irresein Der Cretinismus
5. Die Dementia praecox	Klinische Formen (Hebephrenische / Katatonische Formen) Paranoide Formen
6. Die Dementia paralytica	Depressive Form Expansive Form
7. Das Irresein bei Hirnerkrankungen	
8. Das Irresein des Rückbildungsalters	Die Melancholie Der präsenile Beeinträchtigungswahn Altersblödsinn
9. Das manisch-depressive Irresein	Manische Zustände Depressive Zustände Mischzustände
10. Die Verrücktheit (Paranoia)	
11. Das epileptische Irresein	
12. Die psychogenen Neurosen	Das hysterische Irresein Die Schreckneurose Die Erwartungsneurose
13. Die originären Krankheitszustände	Die Nervosität Die konstitutionelle Verstimmung Die konstitutionelle Erregung Das Zwangsirresein Das impulsive Irresein Die geschlechtlichen Verirrungen
14. Die psychopathischen Persönlichkeiten	Der geborene Verbrecher Die Haltlosen Die krankhaften Lügner und Schwindler Die Pseudoquerulanten
15. Die psychischen Entwicklungshemmungen	Die Imbecilität Die Idiotie

Kraepelins Werk in seinem historischen Kontext zu beurteilen, würde den Rahmen dieser Dissertation deutlich sprengen. Bemerkenswert ist aber sicherlich, dass er es in einer Zeit großer

terminologischer Unübersichtlichkeit schuf und der dadurch stark verunsicherten psychiatrischen Fachwelt ein „innerpsychiatrisch“ – also eben nicht philosophisch oder neuroanatomisch – legitimierte nosologisches Bezugssystem zur Verfügung stellte“ (Hoff, 1997, S. 9). Darüber hinaus ist festzuhalten, dass das Postulat der „natürlichen Krankheitseinheiten“ bis heute die implizite – und meist kaum reflektierte – Grundannahme hinter den modernen diagnostischen Verzeichnissen darstellt.

1.1.2. Karl Jaspers – der Methodiker

Karl Jaspers wurde 1883 in Oldenburg geboren. Er studierte Medizin und habilitierte 1913 mit dem wegweisenden Werk „Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen“. Bereits 1916 wurde er in Heidelberg zum außerordentlichen Professor für Philosophie ernannt. 1922 erhielt Jaspers einen eigenen Lehrstuhl für Philosophie in Heidelberg, wurde aber 1937 in den vorzeitigen Ruhestand versetzt, weil seine Ehefrau Jüdin war. Von 1945 bis 1948 lehrte er wieder in Heidelberg und folgte dann einem Ruf an die Universität Basel, wo er 1969 starb (Jäger, 2016, S. 16).

Jaspers Werk umfasst etwa 30 Bücher, von denen sich die meisten mit existenzphilosophischen Themen befassen. Umso bemerkenswerter erscheint der Umstand, dass die „Allgemeine Psychopathologie“ zu einem Standardwerk der Psychiatrie geworden ist. Nach dessen Erscheinen im Jahr 1913 wurde eine zweite Auflage bereits 1920 und eine dritte 1923 publiziert, beide jeweils mit geringfügigen Veränderungen (Jäger, 2016, S. 16). Die vierte, sehr umfangreich mit existenzphilosophischen Darstellungen ergänzte Auflage entstand während der Zeit des Zweiten Weltkrieges unter besonderen Umständen: Jaspers hatte die Psychiatrie 1916 verlassen und kam seither kaum mehr in Kontakt mit Patienten. Außerdem verhinderte die nationalsozialistische Herrschaft nicht nur seine Lehrtätigkeit, sondern belegte ihn auch mit einem Publikationsverbot. Der damalige Klinikdirektor, Karl Schneider, erlaubte Jaspers dann allerdings, die Bibliothek der Heidelberger Klinik zu benutzen. So konnte er die Neuausgabe zwar verfassen, publiziert wurde sie jedoch erst 1946. Auch von dieser vierten Ausgabe wurden mehrere Auflagen gedruckt. Offenbar erachtete Jaspers selbst seinen nun gänzlich fehlenden Patientenkontakt als problematisch, denn im Vorwort zur siebten Auflage (1959), schreibt er, dass eine Neubearbeitung des Buches nur gelingen könnte, wenn er „für eine Weile als Beobachter in einer Klinik leben würde, um die eigene Anschauung aufzufrischen und zu erweitern“ (Jaspers, 1973, S. V).

Den ersten Teil seines Werkes beginnt Jaspers (1973) mit einer Art Bestandsaufnahme psychopathologischer Einzelphänomene. Zunächst geht es um eine Phänomenologie im engeren Sinne, d.h. um die Darstellung subjektiver Erlebensweisen von psychisch Kranken, was Jaspers mit Schilderungen aus zahlreichen Einzelfällen anreichert. Diese pathologischen Erlebensweisen werden zwar zu Gruppen zusammengefasst – so etwa „Gegenstandsbewusstsein“, „Raum-Zeit-Erleben“, „Leibbewusstsein“, etc. – allerdings hält Jaspers (1973) hier eine systematische Ordnung oder Klassifikation „wenigstens zur Zeit“ (S. 51) für unmöglich. Als nächstes folgt eine Auflistung von „objektiven Leistungen des Seelenlebens“ (Jaspers, 1973, S. 130), worunter u.a. Wahrnehmung, Gedächtnis und Sprache fallen. In Abgrenzung zur subjektiven Phänomenologie bezeichnet Jaspers die Leistungen als objektiv, weil sie „nach außen treten“ (1973, S. 130). Zu jeder dieser Leistungen werden wiederum pathologische Begrifflichkeiten wie beispielsweise Agnosien, Amnesien oder Aphasien aufgeführt und erläutert. Zwei weitere Bereiche äußern sich gemäß Jaspers ebenfalls als objektive Phänomene, nämlich die „Somatopsychologie“ und die „Ausdruckspsychologie“. Unter der ersten Gruppe fasst Jaspers (1973, S. 188–208) einerseits normale körperliche Begleit- und Folgeerscheinungen psychischer Vorgänge, wie beispielsweise die Veränderung von Atmung, Herzfrequenz und Blutdruck als Folge von Affekten, aber auch anormale körperliche Phänomene wie hysterische Ohnmachts- und Krampfanfälle oder Funktionsstörungen der Organe zusammen. Zur Ausdruckspsychologie zählt Jaspers (1973, S. 214–230) Physiognomik, Mimik und Handschrift. Schließlich runden zwei weitere Bereiche diese Auslegeordnung seelischer Phänomene ab, nämlich die „Weltpsychologie“, worunter Jaspers (1973, S. 230–246) u.a. das Benehmen, die Lebensführung und Handlungen versteht, sowie die „Werkpsychologie“, also literarische Produkte, Zeichnungen, Handarbeiten, etc. Auch dazu führt Jaspers jeweils Beispiele aus Schilderungen von oder über Patienten an.

1.1.2.1. Verstehen vs. erklären

Der zweite und dritte Teil der „Allgemeinen Psychopathologie“ sind der bei Jaspers so zentralen Unterscheidung zwischen verstehender und erklärender Psychologie gewidmet. Den Prozess des Verstehens sieht Jaspers (1973) in einer erlebten Evidenz begründet, „die wir nicht weiter zurückführen können“ und die „ihre Überzeugungskraft in sich selbst“ hat (S. 252). Sehr prägnant fasst Jaspers (1973) seine Auffassung im folgenden Satz zusammen: „Seelisches ‚geht‘ aus Seelischem in einer für uns verständlichen Weise ‚hervor‘“ (S. 251). So

werde uns unmittelbar verständlich, wenn ein Angegriffener zornig werde und sich wehre, oder wenn ein Betrogener zu Misstrauen neige. Interessanterweise sind für Jaspers (1973) auch der „Inhalt von Traum und Wahn“, sowie „eine abnorme Persönlichkeit in ihrem eigenen Wesenszusammenhang“ (S. 251) dem Prozess des Verstehens zugänglich. Doch das Verstehen eines Zusammenhangs, so Jaspers weiter, beweise trotz dem zugrundeliegenden Evidenzerleben noch nicht, dass dieser Zusammenhang auch wirklich sei. Dafür brauche es objektive Anhaltspunkte, wie etwa sprachliche Inhalte oder Handlungen. Je geringer diese objektiven Daten seien, desto eher werde das Verstehen zum Deuten (Jaspers, 1973, S. 252). Deshalb sei das Verstehen prinzipiell immer begrenzt, der Prozess des Erklärens dagegen nicht. Jede Grenze des Verstehens sei jedoch ein neuer Anstoß zu kausaler Fragestellung, also zum Erklären (Jaspers, 1973, S. 253). Zwischen seinen methodischen Ausführungen handelt Jaspers auch hier wieder verschiedene psychopathologische Begriffe ab, deren Konzeptionen diesmal jedoch wesentlich komplexer sind, so beispielsweise Triebe, Selbstreflexion, Trauminhalte, Hypnose und Hysterie, bis hin zur Charakterologie und Persönlichkeit.

Dem Prozess des Erklärens ist der dritte Teil der „Allgemeinen Psychopathologie“ gewidmet. Jaspers (1973, S. 375) verordnet ihn primär im Bereich der Naturwissenschaften. Es geht dabei um kausale Zusammenhänge, wobei jeweils zwei klar voneinander unterscheidbare Elemente verbunden werden, nämlich eines als Ursache und das andere als Wirkung. Die Begriffsbildung der Psychopathologie dient in der Auffassung von Jaspers (1973) der Formung solcher Elemente (S. 375). Durch Beobachtungen oder Experimente lassen sich zu den kausalen Zusammenhängen zunächst Regeln, auf einer höheren Stufe dann Gesetze finden, die im Idealfall sogar mathematisch ausgedrückt werden können. Jaspers (1973) sieht das allgemeine Ziel der Psychopathologie in ebendiesem Prozess der Herausarbeitung von Gesetzen und Regeln, wobei er einräumt, dass das höchste Ziel der mathematisch formalisierten Gesetze, wie es sie in Chemie und Physik gibt, niemals erreicht werden könne. Dies würde die „völlige Quantifizierung der untersuchten Vorgänge“ voraussetzen, was im Bereich des Seelischen prinzipiell nie möglich sei (S. 251). Dementsprechend fällt das Kapitel über das Erklären vergleichsweise knapp aus. Jaspers zählt hier einige wissenschaftliche Befunde seiner Zeit auf und zwar zu den beiden Themengebieten „Wirkungen der Umwelt und des Leibes auf das Seelenleben“ und „Vererbung“, zu letzterem unter Einbezug einiger deskriptiven Statistiken. Im letzten Abschnitt geht Jaspers (1973) auf einige Theorien ein, darunter die Lokalisationstheorie von Carl Wernicke (1848–1905) und das psychoanalytische Theoriegebilde Sigmund Freuds (1856–1939), das er konsequenterweise nicht im Bereich der erklärenden, sondern der verstehenden Psychologie verortet.

Im vierten Teil der „Allgemeinen Psychopathologie“ geht es Jaspers (1973, S. 464–593) darum, die einzelnen Elemente der Analyse, die es in den bisherigen Teilen dargelegt wurden, zu einem menschlichen Ganzen zusammenzufassen. Für diesen Prozess benennt er drei Wissenschaftsdisziplinen, nämlich die Nosologie, die einzelne Symptome zu ganzen Krankheitsbildern synthetisiert, die Eidologie, die aus beobachtbaren Einzelphänomenen das Wesen eines individuellen Menschen fassbar machen soll, sowie die Biografik, die aufgrund einzelner Episoden den gesamten Lebenslauf eines Individuums darstellt. Im Kapitel zur Nosologie geht Jaspers (1973) u.a. auf Kraepelins Bestreben ein, das Konzept der Einheitspsychose in mehrere „natürliche“ Krankheitseinheiten zu unterteilen: Er beurteilt diese „Idee im Kantischen Sinne“ (S. 476) einerseits als „fruchtbare[n] Orientierungspunkt der speziellen psychiatrischen Forschung“ (S. 477), andererseits hält er sie für nicht zu verwirklichen, weil sie „eine vollendete Kenntnis aller einzelnen Zusammenhänge voraus[setzt], eine Kenntnis, die in einer unendlich fernen Zukunft liegt“ (S. 476). An anderer Stelle konstatiert er wiederum, „dass es reale Krankheitseinheiten für die psychiatrische Wissenschaft tatsächlich nicht gibt“ (S. 477).

1.1.2.2. Ein vorläufiges Diagnoseschema und das Schichtenprinzip

Auf relativ wenigen Seiten skizziert und erläutert Jaspers (1973, S. 506–516) schließlich den Entwurf eines Diagnoseschemas und betont dabei dessen vorläufigen Charakter. Interessanterweise nimmt er dabei explizit Bezug auf die von Kraepelin beschriebenen Krankheitsentitäten (Jäger, 2016, S. 33), obschon seine Unterteilungen sehr unterschiedlich dazu ausfallen. Etwas vereinfacht kann das Diagnoseschema gemäß Tabelle 1.2 dargestellt werden.

Tabelle 1.2: Diagnoseschema nach Karl Jaspers (1973).

<i>Gruppe</i>	<i>Untergruppe</i>
1. Gruppe: Die bekannten somatischen Krankheiten mit Seelenstörungen	1. Hirnkrankheiten 2. Körperliche Krankheiten mit symptomatischen Psychosen 3. Vergiftungen
2. Gruppe: Die drei Kreise der großen Psychosen	1. Genuine Epilepsie 2. Schizophrenie 3. Manisch-depressive Erkrankungen

3. Gruppe: Die Psychopathien	1. Selbständige abnorme Reaktionen, die nicht auf der Basis von Erkrankungen der 1. und 2. Gruppe stattfinden. 2. Die Neurosen und neurotischen Syndrome 3. Abnorme Persönlichkeiten und ihre Entwicklungen
---------------------------------	---

Jäger (2016) erläutert das jaspersche Diagnoseschema (S. 33–34), bezieht sich dabei allerdings auf die Version der ersten Auflage von 1913. Demnach werden in der ersten Gruppe alle psychischen Erkrankungen zusammengefasst, die eine bekannte somatische Grundlage haben. Nur hier sollte von eigentlichen Krankheitseinheiten gesprochen werden. Die zweite Gruppe umfasst „Prozesse“, worunter nach Jaspers (1913) Störungen zu verstehen sind, welche „zu einer dauernden Umwandlung wenigstens einer Seite der Persönlichkeit führen und meistens die psychologische Eigenart des schizophrenen Seelenlebens darbieten“ (S. 266; zit. nach Jäger, 2016, S. 33). Die dritte Gruppe wird auch mit der Bezeichnung „degeneratives Irresein“ umschrieben, womit Jaspers „Variationen der Veranlagung bzw. Abweichungen von der normalen Artung“ (Jäger, 2016, S. 33) meint. Gemäß Jaspers Auffassung lässt sich die dritte von der zweiten Gruppe anhand der Methode der verstehenden Psychopathologie unterscheiden. Demnach ist das Seelenleben von Menschen, welche unter einem „Prozess“ leiden unverständlich und uneinfühlbar. Die drei Gruppen mit ihren Symptomen möchte Jaspers (1913) schließlich „wie die Schichten einer Zwiebel“ (S. 267; zit. nach Jäger, 2016, S. 34) übereinander gelagert verstanden wissen, wobei die Prozesssymptome (2. Gruppe) die körperlichen Symptome (1. Gruppe) überdecken und die degenerativen Symptome (3. Gruppe) diejenigen der Prozesssymptome (2. Gruppe). Die bei der Untersuchung eines Einzelfalls am tiefsten erreichbare Schicht soll diagnostisch ausschlaggebend sein.

Ab der vierten Ausgabe der „Allgemeinen Psychopathologie“ folgen noch zwei weitere Teile, in denen Jaspers (1973) „die abnorme Seele in Gesellschaft und Geschichte“ (S. 599–623), sowie „das Ganze des Menschseins“ (S. 624–686) abhandelt. Im letzten Teil findet sich u.a. eine Auseinandersetzung mit den Begriffen „Gesundheit und Krankheit“ (S. 651).

Was an Jaspers „Allgemeiner Psychopathologie“ (1973) auch aus heutiger Perspektive noch beeindruckt, und sie für gewisse wissenschaftliche Exponenten nach wie vor zu einem wichtigen Bezugspunkt macht (vgl. Lammel, Bormuth, Sutarski, Bauer & Lau, 2017) ist sicherlich der implizite Anspruch, die Abnormitäten des menschlichen Verhaltens und Erlebens im Gesamtkontext der humanen Existenz zu betrachten. In diesem Sinne bezeichnet Jaspers

(1973) den Gegenstand der Psychopathologie als „die Spannweite der seelischen Wirklichkeiten“ (Jaspers, 1973, S. 2). Auch wenn es mit dem Verständnis der modernen Psychologie und der modernen Neurowissenschaften nicht gerade leichtfällt, die jasperssche Zergliederung und Reintegration psychischer Einzelbestandteile im Detail nachzuvollziehen, so stehen diese Ausführungen doch im Einklang mit dem existenzphilosophischen Fokus von Jaspers übrigem Werk. Konsequenterweise nimmt denn auch die Zuordnung bestimmter Phänomene zu spezifischen Krankheitsbegriffen, also eine Nosologie im eigentlichen Sinne, nur einen ganz marginalen Platz ein, ebenso wie die Etablierung eines eigentlichen diagnostischen Systems. Hier verstand sich Jaspers offenbar lediglich als methodologischer Wegbereiter für zukünftige wissenschaftliche Erkenntnisse und wollte möglicherweise den begrenzten Fundus an psychopathologischem Wissen seiner Zeit nicht voreilig in starre Schemata pressen oder gar nosologisch überinterpretieren. Man darf sich aber durchaus die Frage stellen, ob die akribisch vorgetragene Methodologie mit ihrem hohen existenzialphilosophischen Anspruch für seine Zeitgenossen bei der alltäglichen Behandlung und Beurteilung von Patienten tatsächlich hilfreich war.

1.1.3. Kurt Schneider – der Systematiker

Kurt Schneider (1887–1967) studierte Medizin und Philosophie und promovierte in beiden Fächern. 1919 habilitierte er sich und wurde 1922 außerordentlicher Professor in Köln. Ab 1931 leitete er die klinische Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München-Schwabing, bis er 1946 auf den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Universität Heidelberg berufen wurde und die dortige Klinik bis 1953 leitete. Im Gegensatz zu Karl Jaspers war er also ein Leben lang als Psychiater tätig. Zwischen 1921 und 1955 stand er in regelmäßigem Briefkontakt mit Jaspers und sah sich zeitlebens als dessen Schüler an, obwohl er nie direkt mit ihm zusammengearbeitet hatte (Jäger, 2016, S. 40–41). Schneiders Hauptwerk, die „Klinische Psychopathologie“, erschien erstmals 1946 und seither in insgesamt 15 Auflagen. Es wurde in 9 Sprachen übersetzt und gilt als eines der einflussreichsten Werke der Psychiatrie. Mit rund 80 Seiten ist es, im Gegensatz zu den oben besprochenen Werken, sehr knapp gehalten (Schneider, 2007). Wie Jäger (2016, S. 41) anmerkt, verfolgte Schneider primär das Ziel, Jaspers psychopathologische Methodenlehre für den klinischen Alltag und die psychiatrische Diagnostik nutzbar zu machen.

In knappen und präzise formulierten Sätzen stellt Schneider (2007) bereits auf der ersten Seite seines Werks eine Systematik der klinischen Psychopathologie vor (S. 1). Die Tabelle 1.3 gibt diese Systematik wieder.

Tabelle 1.3: Systematik der Psychopathologie nach Kurt Schneider (2007).

<i>I. Abnorme Spielarten seelischen Wesens</i>	
Abnorme Verstandesanlagen Abnorme Persönlichkeiten Abnorme Erlebnisreaktionen	
<i>II. Folgen von Krankheiten (und Missbildungen)</i>	
Somatologische (ätiologische) Ordnung	Psychologische (symptomatologische) Ordnung:
Intoxikationen Paralyse Andere Infektionen Interne Krankheiten Hirnmissbildungen Hirnverletzungen Hirnarteriosklerose Senile Hirnkrankheiten Andere Hirnkrankheiten Genuine Epilepsie	Akut: Bewusstseinstörung Chron.: Persönlichkeitsabbau (angeboren: Persönlichkeitstiefstand) und Demenz
?	Zyklothymie
?	Schizophrenie

Eine ganz grundlegende Unterscheidung teilt dabei die psychiatrischen Krankheitsbilder in zwei Gruppen: einerseits die „Spielarten seelischen Wesens“, andererseits die „Folgen von Krankheiten (und Missbildungen)“. Die erste Gruppe möchte Schneider (2007) nicht als Krankheiten im medizinischen Sinne verstanden wissen, sondern als extreme Variationen seelischer Funktionen (S. 2). Dazu gehören die Untergruppen „abnorme Verstandesanlagen“, „abnorme Persönlichkeiten“ und „abnorme Erlebnisreaktionen“. Schneider (2007) argumentiert, dass bei derartigen Erscheinungen zwar durchaus körperliche Entsprechungen angenommen werden können, die allerdings nicht als ursächlich im Sinne eines Auslösers verstanden werden sollten (S. 2). Am deutlichsten wird diese Überlegung bei den „abnormalen Erlebnisreaktionen“: Wenn ein Mensch auf ein Erlebnis mit Verzweiflung reagiert, wäre es sinnlos, die Ursache im Körperlichen zu suchen. Konsequenterweise begründet Schneider (2007) diese Überlegungen mit einem „allgemein üblichen empirischen Dualismus“ (S. 1), d.h. dem Eingeständnis, dass Seelisches und Körperliches getrennt betrachtet werden müssen. Gleichzeitig räumt er ein, dass dieser empirische Dualismus nicht zwingend bedeute, dass man auch auf metaphysischer Ebene Dualist sei. Etwas vereinfacht ausgedrückt kann diese Aussage in dem

Sinne verstanden werden, dass man zwar noch keine Methoden gefunden hat, um eine Entsprechung körperlicher Vorgänge im Seelischen zu finden, aber dennoch a priori von der Existenz einer solchen Entsprechung ausgeht.

In der zweiten Gruppe der schneiderschen Systematik wird eine Aufteilung vorgenommen in eine somatologische und eine psychologische Ordnung, wobei erstere – darunter fallen u.a. Intoxikationen, Hirnverletzungen oder senile Hirnkrankheiten – als ursächlich für die zweite verstanden wird. Diese zweite, psychologische Ordnung umfasst für eine ganze Reihe somatologischer Ursachen lediglich zwei Unterscheidungsmerkmale, nämlich eine Bewusstseinsstörung (S. 38) im akuten Stadium und ein Persönlichkeitsabbau (S. 40) im chronischen Stadium. Einen bemerkenswerten Kunstgriff vollzieht Schneider (2007) bei der Einordnung der Schizophrenie und der Zykllothymie, die heute als Bipolare Störung bezeichnet wird: Hier setzt Schneider auf der Seite der somatologischen Ordnung jeweils ein Fragezeichen, während die beiden Begriffe der psychologischen Ordnung zugeschrieben werden. Das Fragezeichen, so Schneider (2007), sei nicht als „Ob“-Fragezeichen, sondern als „Was“-Fragezeichen zu verstehen (S. 3): Die zugrundeliegenden Krankheitsvorgänge kenne man nicht; dass der Zykllothymie und Schizophrenie aber (somatologische) Krankheiten zugrunde liegen, sei „ein sehr gut gestütztes Postulat“ (Schneider, 2007, S. 4). Für die gesamte zweite Gruppe kann gemäß Schneider (2007) der Begriff der Psychose verwendet und die aufgeführten Erscheinungen als Krankheiten betrachtet werden (S. 2).

Nach der Erläuterung dieser grundlegenden Systematik geht Schneider (2007) inhaltlich expliziter auf die einzelnen Untergruppen ein. Das geschieht jeweils mit einigen generellen Anmerkungen sowie der Darstellung konkreter pathologischer Erscheinungsformen. Zu den Psychopathischen Persönlichkeiten beschreibt Schneider (2007) beispielsweise zehn Typen, bei denen er jedoch anmerkt, sie sollten nicht als Diagnosen verstanden werden (S. 11–15). Im Kapitel über Zykllothymie und Schizophrenie erläutert und definiert Schneider (2007) eine Reihe psychopathologischer Symptome wie Halluzinationen, Denkstörungen, Gedankenentzug, Wahnwahrnehmung oder Wahneinfall, die er unter Bezugnahme auf den Schweizer Psychiater Eugen Bleuler in „Symptome ersten Ranges“ und „Symptome zweiten Ranges“ unterteilt (S. 43–66). Doch selbst bei den Symptomen ersten Ranges lehnt Schneider (2007) es ab, eine gemeinsame Struktur – beispielsweise einen „Konturverlust des Ichs“ – zu vermuten (S. 63). Selbst was die Verwendung des Begriffs „Symptom“ angeht, macht Schneider (2007) die Einschränkung, dass im Zusammenhang von Schizophrenie und Zykllothymie eigentlich eher von einem „immer wieder auffindbaren Zug“ gesprochen werden sollte. Schizophrenie

sei schließlich keine Krankheit, die Symptome verursachen kann, sondern ein „psychopathologisches Zustand-Verlauf-Gebilde“ (S. 61). Die Erläuterungen zu seinem Diagnosesystem schließt Schneider (2007) mit einigen Ausführungen zur Psychopathologie der Gefühle und Triebe ab (S. 69–78).

Schneiders „Klinische Psychopathologie“ besticht aus heutiger Sicht durch Übersichtlichkeit, eine starke inhaltliche Verdichtung und schnörkellose, präzise Formulierungen. Das Vermächtnis Karl Jaspers findet darin mitunter in einer sehr differenzierten Methodik seinen Niederschlag, wobei Schneider gleichsam einen praxisorientierten Pragmatismus pflegt, Wissenslücken jedoch klar benennt und sogar in sein nosologisches Schema integriert. Dies zeugt von einem stark reflektierten Umgang mit dem Leib-Seele-Problem (vgl. 1.2.1) und als Konsequenz davon auch mit dem Begriff der Krankheit. Allein aus diesen Gründen erscheint es nachvollziehbar, dass Schneiders Werk bis heute einen wichtigen Platz in der Literatur der Psychopathologie einnimmt. Doch trotz der zahlreichen Auflagen und Übersetzungen, die v.a. in den 50er, 60er und 70er Jahren des 20. Jh. entstanden, scheint sich die internationale Forschungsgemeinschaft nicht auf die darin enthaltene Systematik als allgemein verbindliches Regelwerk festlegen zu wollen.

1.1.4. Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Die bisher vorgestellten Ansätze zeichneten sich dadurch aus, dass sie im Wesentlichen von einer einzelnen Person entwickelt und formuliert wurden. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gab es zwar noch einzelne Bestrebungen, die Psychopathologie als Wissenschaft im Sinne Jaspers und Schneiders voranzutreiben (einen Überblick gibt Jäger, 2016), doch die konzeptionelle Vorherrschaft über die psychiatrische Diagnostik übernahmen institutionell verankerte Gremien der WHO und der APA. Letztere hat bislang fünf Ausgaben ihres Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) herausgegeben, ein Werk, das im Verlauf der Jahrzehnte auf rund eintausend Seiten angewachsen ist.

1.1.4.1. DSM-I und DSM-II: die Anfänge

Die Ursprünge des ersten DSM liegen in den Anforderungen, mit denen sich US-amerikanische Militärärzte bei der Rekrutierung von Soldaten und der Versorgung von Kriegsveteranen während und nach dem Zweiten Weltkrieg konfrontiert sahen. Weder die Diensttauglichkeit

noch die heftigen psychischen Reaktionen der Kriegsheimkehrer konnten mit den bis dahin bekannten Klassifikationen ausreichend beurteilt und erfasst werden. Es bestand also der Bedarf nach einem erweiterten diagnostischen Verzeichnis, welches in der US-Armee entwickelt und anschließend von Veteranenverbänden sowie der APA überarbeitet wurde, bevor es 1952 als DSM-I erschien (Frances, 2013). Einen zwar indirekten aber dennoch starken Einfluss auf die im DSM-I beschriebenen Konzepte übte der in der Schweiz geborene Psychiater Adolf Meyer (1866–1955) aus (APA, 2019). In seinen diversen beruflichen Positionen, darunter als Professor an der Cornell University und der John Hopkins University, trug er maßgeblich dazu bei, dass nicht nur Emil Kraepelins Klassifikationsansatz, sondern auch die psychoanalytischen Ideen Sigmund Freuds in Amerika rasch Verbreitung fanden. So wurden im DSM-I (APA, 1952) beispielsweise im Sinne Kraepelins die „Manic depressive reactions“ von den „Schizophrenic reactions“ unterschieden, und die „Psychoneurotic Disorders“ unter Verwendung psychoanalytischer Begrifflichkeiten wie „unbewusst“ oder „Abwehrmechanismen“ definiert. Obwohl sich die Ansätze von Freud und Kraepelin in Europa fast schon diametral gegenüberstanden (vgl. Weber, Burgmair & Engstrom, 2006), fanden also beide Eingang in die Konzepte der amerikanischen Klassifikation psychischer Störungen. Der Terminus „reaction“ widerspiegelt im Übrigen Meyers psychobiologische Auffassung, dass alle Geisteskrankheiten – also auch Psychosen – als Reaktionen der Persönlichkeit auf psychologische, soziale und biologische Faktoren zu verstehen seien (APA, 2019).

Dass das DSM-I so stark von psychoanalytischen Konzepten geprägt war, entsprach auch der damaligen Vorherrschaft der Psychoanalyse als Behandlungsmethode. Ein Grund dafür war das schlichte Fehlen alternativer Therapieformen: Das erste, einigermaßen spezifisch wirksame Antipsychotikum (Chlorpromazin) wurde 1953 zugelassen, das erste Antidepressivum (Imipramin) sogar erst 1957. Ein weiterer Grund lag möglicherweise in der Vielzahl europäischer Psychoanalytiker, die in den 1930er und 40er Jahren vor dem nationalsozialistischen Regime in die USA geflüchtet war, dort Fuß fasste und weiter praktizierte. So war es in der Nachkriegszeit bis in die 1960er Jahre hinein eigentlich selbstverständlich, dass Psychiater sich zu Psychoanalytikern ausbilden ließen und mit großem Vertrauen in diese Methode nicht nur leichte (neurotische) Störungen, sondern eben auch schwere Psychosen zu behandeln versuchten (Decker, 2013, S. 4; Frances, 2013, S. 103).

Doch trotz der konzeptionellen Übereinstimmung zwischen Klassifikationssystem und Behandlungsmethode wurde weder dem DSM-I noch dem begrifflich leicht veränderten DSM-II (APA, 1968) große Beachtung geschenkt (Frances, 2013, S. 103). Exponenten wie

der Psychoanalytiker Karl Menninger (1893–1990) bezeichneten die damalige Nosologie und die diagnostische Nomenklatur sogar als „einschränkend und hinderlich“ (zit. nach Decker, 2013, S. 4). Zwei Studien, die in den frühen Siebzigerjahren auch außerhalb von Wissenschaftskreisen bekannt wurden, beendeten jedoch das Schattendasein der psychiatrischen Diagnostik und zerrten sie gewissermaßen ins Rampenlicht der Öffentlichkeit: Die erste Studie zeigte, dass amerikanische und britische Psychiater in ihren diagnostischen Schlüssen stark voneinander abwichen, selbst wenn sie ein und denselben Patienten per Videoaufzeichnung diagnostizierten (Cooper et al., 1969; zit. nach Frances, 2013, S. 103). Die zweite Studie erlangte als „Rosenhan-Experiment“ große Bekanntheit, nachdem sie im renommierten Wissenschaftsmagazin Science erschien. Acht Testpersonen („Pseudopatienten“) meldeten sich in insgesamt zwölf verschiedene Kliniken an und berichteten unter Verwendung sehr vager Beschreibungen, Stimmen gehört zu haben. Alle Testpersonen wurden in die jeweilige Klinik aufgenommen, elf erhielten die Diagnose Schizophrenie, eine die Diagnose einer manisch-depressiven Psychose. Obwohl sie sich anschließend normal verhielten, wurde keine der Testpersonen als gesund entlarvt. Durchschnittlich blieben die „Pseudopatienten“ 19 Tage in stationärer Behandlung (Rosenhan, 1973). Diese beiden Studien stellten die psychiatrische Diagnostik in ein denkbar schlechtes Licht und ließen Zweifel an ihrer Wissenschaftlichkeit bzw. Glaubwürdigkeit aufkommen: Offenbar nutzen Psychiater zwar dieselben Begriffe, meinten damit aber völlig unterschiedliche Dinge und waren nicht einmal in der Lage, Gesunde von Kranken zu unterscheiden. Obwohl insbesondere die Methodik des Rosenhan-Experiments später stark kritisiert wurde (vgl. Spitzer, 1975), verfehlte es seine Wirkung nicht.

1.1.4.2. DSM-III: der Umbruch

Die APA ernannte 1974 den amerikanischen Psychiater Robert Spitzer zum Vorsitzenden des Ausschusses, der eine neue Ausgabe des DSM, das DSM-III entwickeln sollte. Der konkrete Anlass für die Überarbeitung des DSM war die von der WHO geplante Herausgabe des ICD-9, mit dem das DSM gemäß einem internationalen Vertrag kompatibel zu sein hatte. Weil dem DSM damals in der Fachwelt kaum Bedeutung geschenkt wurde, hatte Spitzer, der sich selbst für den Posten vorschlug, keinerlei Konkurrenz (Decker, 2013, S. 96). Robert Spitzer war ausgebildeter Psychoanalytiker, entwickelte jedoch während seiner Ausbildung zunehmend Skepsis gegenüber dieser Behandlungsmethode und praktizierte deshalb nicht mehr. In seiner wissenschaftlichen Tätigkeit als Professor an der Columbia University beschäftigte er

sich vorwiegend mit standardisierten Interviews zur Verbesserung der psychiatrischen Diagnostik (Decker, 2013, S. 91–96).

Was die inhaltliche Überarbeitung des DSM betraf, hatte Spitzer als Vorsitzender des Ausschusses völlig freie Hand, bekam keine Vorgaben seitens der APA und war über weite Strecken auch niemandem Rechenschaft schuldig (Decker, 2013, S. 98). Sein erster inhaltlicher Vorstoß lag in der Implementierung der sogenannten Research Diagnostic Criteria (RDC; Robins & Guze, 1970) als grundlegende Ausrichtung des neuen DSM-III. Entwickelt wurden die RDC in der Forschergruppe um Eli Robins¹ an der Washington University. Neben Samuel Guze und George Winokur gehörte auch John Feighner dieser Gruppe an. Als Erstautor publizierte Feighner 1972 einen Artikel, in dem er für 14 verschiedene Krankheiten spezifische diagnostische Kriterien vorstellte. Im Gegensatz zum DSM-II, das lediglich Beschreibungen eines Krankheitsbildes enthielt, stellten Feighner und Kollegen (1972) zu jedem der 14 Krankheiten einen Kriterienkatalog auf, der bei einem individuellen Patienten erfüllt sein sollte, um die betreffende Diagnose zu vergeben. Neben den diagnostischen Kriterien postulierten die Autoren auch ein Fünf-Phasen-Modell, auf dessen Basis eine diagnostische Klassifikation zu entwickeln sei: Der Prozess sollte mit klinischen Beschreibungen beginnen, Laborstudien beinhalten, eine Abgrenzung jeder Störung zu anderen Störungen aufweisen, und schließlich Nachfolge- sowie Familienstudien integrieren. Gemäß eigenen Angaben leiteten Feighner und seine Kollegen (1972) die aufgeführten Kriterien aus der damals bestehenden wissenschaftlichen Literatur ab, überprüften deren Zuverlässigkeit (Reliabilität) mit Interrater-Studien und die Validität mit Follow-up-Studien. Das Ziel lag in erster Linie darin, die diagnostische Validität zu verbessern und zwar sowohl in der Forschung als auch in der klinischen Praxis. Die als „Feighner Criteria“ bekannt gewordene Publikation blieb über Jahre hinweg einer der am häufigsten zitierten wissenschaftlichen Artikel im Bereich der Psychiatrie (Garfield, 1989). Das in den Feighner Criteria vorgestellte Fünf-Phasen-Modell weist starke Bezüge zu Emil Kraepelins (1903) Forderungen an eine diagnostische Klassifikation auf. Deshalb wurden die Mitglieder der Forschergruppe um Eli Robins oft als „Neo-Kraepelinians“ bezeichnet, ein Begriff, der später auch der DSM-III-Arbeitsgruppe um Robert Spitzer zukam.

¹ Die Gruppe um Eli Robins bezog sich in ihren Forschungsarbeiten oft auf ein Lehrbuch des deutschen Psychiaters Willy Mayer-Groß, der bis 1933 an der Psychiatrischen Klinik in Heidelberg lehrte – am selben Institut, an dem zuerst Emil Kraepelin und später Karl Jaspers tätig waren – bis er nach Großbritannien emigrierte und die deutsche Psychopathologie in den angelsächsischen Raum trug. Damit lässt sich neben Adolf Meyer ein zweiter Verbindungsweg der deutschen Psychopathologie ins amerikanische Klassifikationssystem zurückverfolgen.

Noch vor Beginn der Arbeit am DSM-III erweiterten Robert Spitzer und Eli Robins zusammen mit ihren jeweiligen Arbeitsgruppen die 14 Feighner-Kriterien zu 25 RDCs und testeten ihre Reliabilität anhand von Fallberichten (records) psychiatrischer Patienten (Decker, 2013, S. 144). Die RDCs dienten dann als Modell für weitere diagnostische Einheiten im DSM-III. Ab 1974 bis zur Veröffentlichung des DSM-III im Jahr 1980 stand Spitzer einer Arbeitsgruppe aus erfolgreichen und renommierten Wissenschaftlern vor, die zwischen zehn und achtzehn Personen umfasste. Neben diesem Kernteam lud er zur Ausarbeitung der diagnostischen Kriterien jeweils eine Gruppe von ausgewiesenen Experten für ein bestimmtes Störungsbild ein, um deren Auffassungen einfließen zu lassen. In der Darstellung von Allen Frances (2013), der zeitweise ebenfalls zu Spitzers Kernteam gehörte und später das DSM-IV herausgab, waren die Befragungen von Expertengruppen notwendig, weil es damals viel zu wenig wissenschaftliche Studien gab, aufgrund derer man diagnostische Kriterien hätte aufstellen können. Seine Schilderung des Prozesses ist ebenso anschaulich wie aufschlussreich und soll an dieser Stelle ausführlich wiedergegeben werden:

Der Vorgang war kein schöner Anblick. Wer ihn miterlebte, kam sich eher vor wie der Zuschauer bei einer Vorführung von Virtuosen – wissenschaftliches Debattieren und Abwägen war das nicht. Die Sitzungen folgten alle einem bemerkenswert gleichen Muster: Acht bis zehn Experten wurden buchstäblich in einem Zimmer eingesperrt und durften nicht eher wieder heraus, als bis sie zu einer Einigung gelangt waren. Vormittags ging es immer laut und wild zu, denn die Experten warfen sich gegenseitig die ihrer Meinung nach besten Symptome an den Kopf und stritten miteinander, oft schreiend. Ihre vehement vertretenen Ansichten wurden mit der ungestümen Entschlossenheit vorgetragen, die weniger von wissenschaftlichen Fakten als von gelebter Erfahrung herrührt; mit vernünftigen Argumenten einen gemeinsamen Nenner zu finden war offenbar unmöglich. Bob [Spitzer; Amn. LL] saß unterdessen meistens schweigend in einer Ecke und tippte rasend schnell, um möglichst alles festzuhalten. Nach ein paar anarchischen Stunden kam ein von Köstlichkeiten überbordendes Tablett, und während die Experten sich über Sandwiches, Krautsalat, Essiggurken und Limonade hermachten, kehrte endlich Ruhe ein. Nur Bob tippte rabiāt weiter, vollkommen konzentriert, sichtlich blind und taub für seine Umgebung und das Essen, und wenn alles verspeist war, hatte Bob wundersamerweise aus dem Vormittagschaos eine Reihe von Kriterien herausgeschält

und die so krass unterschiedlichen Vorschläge sauber zu einer kohärenten Definition komprimiert. Nachmittags, wenn die schläfrig gewordenen Experten Bobs Kompromissergebnis den Feinschliff verpassten, ging es dann meist viel ruhiger zu. Herrschte im einen oder anderen Punkt noch immer Uneinigkeit, setzte sich derjenige durch, der am lautesten, selbstbewusstesten, hartnäckigsten auftrat, der Dienstälteste war oder als Letzter mit Bob gesprochen hatte – eine denkbar schlechte Methode, um ein diagnostisches System zu erarbeiten, denn auf diese Weise gelangen zwangsläufig alle möglichen Verzerrungen und Voreingenommenheiten hinein, aber zum damaligen Zeitpunkt ging es eben nicht besser. Das Wunder ist eigentlich, dass es sich in der Praxis tatsächlich gut bewährte. Das Endprodukt war selbstverständlich fehlerbehaftet, aber es war auch bemerkenswert nützlich. (Frances, 2013, S. 106–107)

Als das DSM-III allmählich Gestalt annahm, wurde es in Feldversuchen bereits probeweise in Kliniken eingesetzt, um seine Praxistauglichkeit sowie die zu erzielenden Reliabilitäten zu testen (Decker, 2013, S. 251–257). Das fertige DSM-III (APA, 1980) umfasste schließlich 265 Diagnosen, die auf rund 500 Seiten in einzelne diagnostische Kriterien aufgegliedert waren. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe erachteten ihr Werk für die amerikanische Psychiatrie durchaus als revolutionär und werteten es als großen Erfolg, eine „atheoretische“ Klassifikation geschaffen zu haben, die auf ätiologische „Spekulationen“, d.h. insbesondere auf erklärende psychoanalytische Konstrukte, verzichtete (Decker, 2013, S. 126). Um die methodisch strenge Fokussierung auf beobachtbare Merkmale etwas zu erweitern, wurde das DSM-III multiaxial aufgebaut. Bei einem Patienten sollten demnach nicht nur die klinischen Syndrome (Achse I) beurteilt werden, sondern auch Persönlichkeitsstörungen (Achse II), körperliche Störungen (Achse III), die Schwere der psychosozialen Stressoren (Achse IV), sowie die adaptive Funktionalität (Achse V). Doch trotz der dadurch angestrebten Erweiterung des diagnostischen Befundes stellten sich amerikanische Psychoanalytiker gegen das DSM-III und versuchten bis zuletzt, seine Veröffentlichung zu verhindern. In diesem Machtkampf konnte Spitzer sich mit seinem Team durchsetzen und sein Werk ohne Rücksicht auf psychoanalytische Konzepte veröffentlichen (Decker, 2013, S. 277–308). Das DSM-III (APA, 1980) wurde in der Folge ein veritabler Verkaufsschlager mit jährlich hunderttausenden verkauften Exemplaren – weitaus mehr, als damals Menschen in der Psychiatrie und in verwandten Bereichen tätig waren (Frances, 2013, S. 110).

Sieben Jahre nach Veröffentlichung des DSM-III erschien – ebenfalls unter der Leitung von Robert Spitzer – eine revidierte Version, das DSM-III-R (APA Work Group to Revise DSM-III, 1988). In der Darstellung von Allen Frances (2013), der auch in dieser Arbeitsgruppe wieder zum engsten Mitarbeiterkreis Spitzers gehörte, wurden dafür sehr viele Änderungen und Erweiterungen vorgenommen, für die es in der kurzen Zeit zwischen den Veröffentlichungen eigentlich zu wenig empirische Evidenz gab (S. 113). Als Frances selbst mit der Leitung der DSM-IV-Arbeitsgruppe betraut wurde, zog er daraus den Schluss, bei der Überarbeitung sehr konservativ und mit größter methodischer Sorgfalt vorzugehen. So wies das DSM-IV (APA, 1994) im Vergleich zum DSM-III-R zwar einige Präzisierungen, aber inhaltlich wenig Änderungen und Erweiterungen auf (Frances, 2013, S. 114–123). Die vorgenommenen Änderungen basierten auf einem dreistufigen, empirischen Review-Prozess, der Literaturrecherche, Daten-Reanalysen sowie eigens initiierten Feldstudien (Kupfer, First & Regier, 2002).

1.1.4.3. DSM-5: die nicht eingetretene Sensation

Die Arbeit am DSM-5 begann offiziell im Jahr 1999. Sieben Jahre später wurde David Kupfer als Leiter der Arbeitsgruppe eingesetzt. In einer Zusammenstellung von Weißbüchern argumentierten Kupfer, First und Regier (2002), dass auch 30 Jahre nach der Veröffentlichung der „Feighner Criteria“ das dort erklärte Ziel einer auf empirischen Daten basierenden Validierung der vorgeschlagenen diagnostischen Kategorien noch weitgehend unerreicht sei (S. XVIII). Insbesondere die hohe Rate an Komorbiditäten würde die Hypothese von distinkten Ätiologien unterwandern. Darüber hinaus zeige sich bei vielen Störungen eine diagnostisch kurzfristige Instabilität und bei den Behandlungen sei eine unspezifische Wirksamkeit eher die Regel als die Ausnahme. Schließlich sei auch in Bezug auf genetische Risikofaktoren festgestellt worden, dass diese über die Grenzen der bisher angenommenen Störungskategorien hinweg identisch sein können. Vor diesem Hintergrund konstatierten die Autoren, dass möglicherweise ein Paradigmenwechsel stattfinden müsse, um die zugrundeliegenden Ätiologien aufzudecken. Gleichzeitig ermutigten sie Forscher weltweit, sich den konkreten Herausforderungen einer auf empirischen Daten und möglichst auch biologischen Markern begründeten Diagnostik zuzuwenden. (Kupfer, First und Regier, 2002)

In den Folgejahren der DSM-5-Entwicklung wurden allein durch die Subventionen einer Kooperation zwischen mehreren amerikanischen Institutionen sowie der WHO über 100

Zeitschriftenartikel publiziert, um das Ziel einer besseren Validierung zu erreichen. Neben der Fundierung von diagnostischen Entitäten durch möglichst objektive Biomarker (z.B. genetische, hirnanatomische oder -funktionelle Merkmale) war es ein weiteres erklärtes Ziel, die Beschwerden von Patienten nicht nur kategorial, sondern auch dimensional, d.h. in Abstufungen des Schweregrades, zu erfassen (Regier, Narrow, Kuhl & Kupfer, 2009; Mundt, 2002; Widiger & Samuel, 2005). Im Jahr 2008 waren mehr als 130 Arbeitsgruppenmitglieder sowie über 400 zusätzliche Arbeitsgruppenberater mit dem DSM-Revisionsprozess beschäftigt. Sechs Jahre dauerte allein die Sichtung bestehender Literatur einschließlich Sekundärdatenanalysen. Die daraus abgeleiteten Veränderungsvorschläge wurden auf einer Website publik gemacht, so dass ein Austausch mit Experten, Klinikern sowie einer breiten Öffentlichkeit stattfinden konnte. Schließlich wurden die Nützlichkeit und die Reliabilitäten der vorgesehenen Änderungen mit umfangreichen Feldstudien in elf nordamerikanischen Einrichtungen überprüft. (APA, Falkai, & Wittchen, 2015, S. 7–10)

Kurz vor der Veröffentlichung des DSM-5 räumten Kupfer und Regier (2011) ein, dass die in den Weißbüchern von 2002 ins Auge gefassten Ziele wohl doch zu hochgesteckt worden seien. Kurz zuvor rief das National Institute of Mental Health (NIMH) eine Initiative ins Leben, um den Ansatz der Validierung anhand von Biomarkern weiter zu verfolgen. In Anlehnung an die von Robin und Guze (1970) postulierten Research Diagnostic Criteria (RDC) wurde das Projekt Research Domain Criteria (RDoC; Insel et al., 2010) genannt. Doch trotz der darin zum Ausdruck gebrachten Hoffnung auf zukünftige Erkenntnisse aus dem Bereich der Neurowissenschaften musste die DSM-5-Arbeitsgruppe um David Kupfer eingestehen, dass die Erwartungen an den bis dato verwertbaren Wissensstand überzogen waren:

Während das DSM zweifellos ein Meilenstein für eine substanziell verbesserte Reliabilität von Diagnosen psychischer Störungen gewesen ist, sind sich die American Psychiatric Association (APA) und die breite Scientific Community, die sich mit psychischen Störungen beschäftigt, darin einig, dass unsere bisherige wissenschaftliche Forschung noch nicht weit genug ausgereift ist, um vollständig validierte diagnostische Einheiten abzuleiten, d.h. konsistente, eindeutige und objektive wissenschaftliche Validierungsmaße für einzelne DSM-Störungen bereitzustellen. (APA, Falkai, & Wittchen, 2015, S. 5)

Neben diesem Rückschlag im Hinblick auf die Validität diagnostischer Störungskategorien scheint aber auch das Vorhaben, vermehrt dimensionale Maße sowohl innerhalb einer Kategorie als auch kategorienübergreifend zu etablieren, kaum umgesetzt worden zu sein (Stieglitz

& Hiller, 2013). Am ehesten geschah dies im Rahmen des Alternativen DSM-5-Modells für Persönlichkeitsstörungen, das jedoch aus nur partiell nachvollziehbaren Gründen im Anhang, also nicht im offiziellen diagnostischen Teil des DSM-5 platziert wurde (vgl. Skodol, Morey, Bender & Oldham, 2013).

Insgesamt zeigt die Entwicklung des DSM eine fortschreitende Differenzierung und zwar sowohl in der Anzahl an Störungskategorien als auch in der Anzahl Seiten, die für deren Beschreibung und erläuternden Informationen benötigt werden (Stieglitz & Hiller, 2013; vgl. Abbildung 1.1). Im Sinne einer Repräsentation des zunehmenden Wissens über psychische Erkrankungen scheint dies zunächst begrüßenswert. Wenn man aber bedenkt, dass diese Zersplitterung das zentrale Problem der Validität keinesfalls löst, sondern durch das notwendig gewordene Komorbiditätsprinzip möglicherweise sogar noch verstärkt, ist diese Entwicklung durchaus als problematisch zu sehen (vgl. Stieglitz & Hiller, 2013). Besonders pointiert bringt dies Allen Frances (2013) zum Ausdruck, indem er von einer „Inflation psychiatrischer Diagnosen“ spricht, welche letztlich im gesellschaftlichen Diskurs das Verständnis von Normalität zunehmend einschränkt.

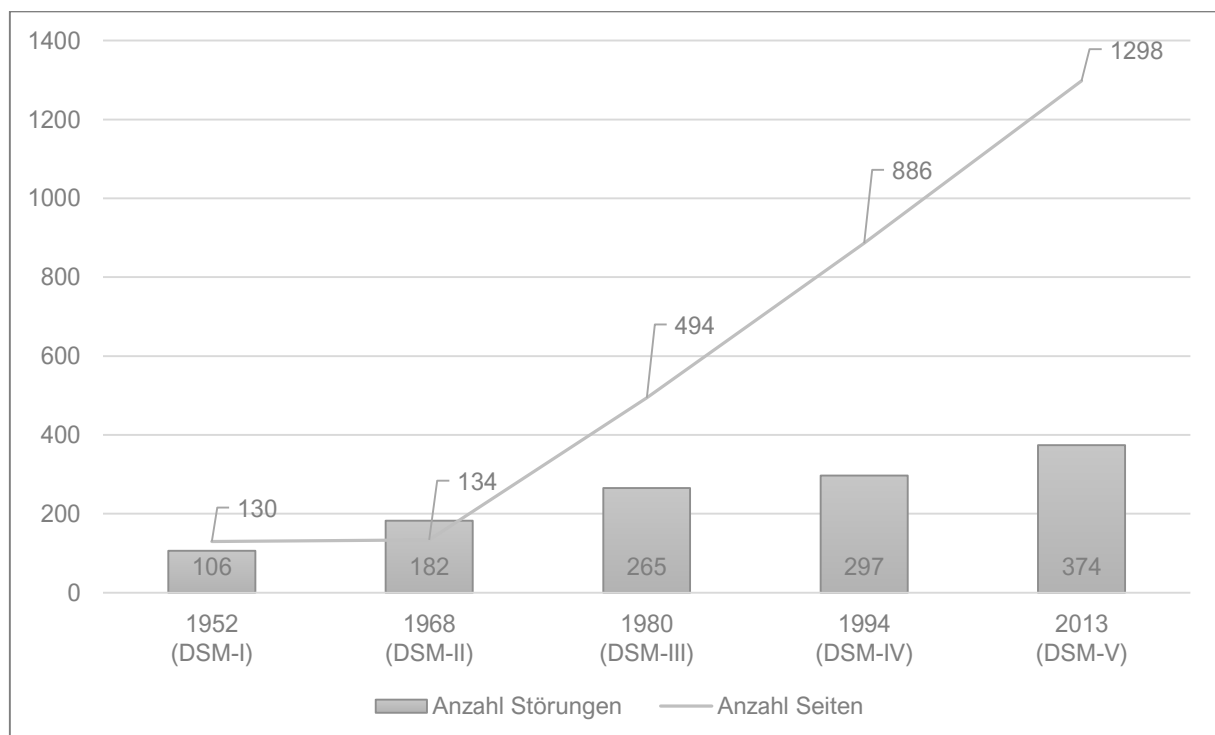


Abbildung 1.1: Die fortschreitende Differenzierung psychischer Störungskategorien dargestellt am Beispiel der Entwicklung des DSM, dessen Umfang (Seitenzahl) und Inhalt (Anzahl Störungen) mit jeder Neuerscheinung zunahm.

1.1.5. Zur Geschichte der ICD

Der Ursprung der „International Classification of Diseases“ (ICD) geht auf das Jahr 1853 zurück, als beim internationalen statistischen Kongress beschlossen wurde, eine Klassifikation über Todesursachen zu erstellen. Eine Form, auf die man sich international einigen konnte, lag allerdings erst 1893 vor. Zwischen den Weltkriegen übernahm der Völkerbund die Klassifikationsaufgabe, nun jedoch nicht mehr nur für Todesursachen, sondern für Krankheiten. Im Jahr 1948 ging die Federführung am ICD schließlich auf die neu gegründete WHO über. (Stroemgren, 1994, S. 11)

Zu Beginn war die ICD auf somatische Krankheiten beschränkt, psychiatrische Erkrankungen wurden erstmals 1948 in der ICD-6 aufgenommen (Stieglitz, 2008, S. 109). Den meisten Psychiatern erschien dieses Kapitel jedoch als ungenügend, und es wurde nur von fünf Mitgliedstaaten der WHO angenommen. Zu diesem Zeitpunkt gab es also noch keinen international verbindlichen Konsens über die Einteilung psychischer Erkrankungen (Stroemgren, 1994, S. 11). Im Auftrag der WHO erstellte der Neurologe, Psychiater und Psychoanalytiker Erwin Stengel (1902–1973) eine Übersicht über eine große Anzahl von Klassifikationen, die in den verschiedenen Ländern in Gebrauch waren. Stengel (1959) kam dabei – rund 20 Jahre bevor das DSM-III erschien – zur Schlussfolgerung, dass eine international gültige Klassifikation notwendigerweise operationale Kriterien für die Diagnostik enthalten müsste. Bevor diese Empfehlung umgesetzt wurde, erschienen aber noch zwei weitere Ausgaben: Die ICD-8 (WHO, 1967) wurde von der großen Mehrzahl der Länder akzeptiert und zwar auch im Hinblick auf das Kapitel der psychischen Erkrankungen. Eine Neuerung war hier auch das einige Jahre später erschienene Glossar (WHO, 1974; WHO & Dilling, 2009) mit Definitionen zu den verwendeten Begrifflichkeiten. Die ICD-9 (WHO, 1977) wurde nur etwa zehn Jahre nach ihrer Vorgängerin publiziert, für viele Länder zu früh, um ein eben erst eingeführtes System bereits wieder zu ändern. Hinzu kam, dass die ICD-8 und die ICD-9 im Bereich der psychischen Erkrankungen wenig kompatibel waren. (Stroemgren, 1994, S. 11)

Im Hinblick auf die Einführung einer operationalisierten Diagnostik war das US-amerikanische System seit der Veröffentlichung des DSM-III im Jahr 1980 also einen Schritt voraus (vgl. 1.1.4.2). Das war einerseits sicherlich dem Umstand geschuldet, dass das DSM nur auf die Auffassungen US-amerikanischer Psychiater Rücksicht nehmen musste, während die ICD auf der ganzen Welt akzeptiert werden sollte. Andererseits gestand die APA Robert Spitzer bei der Ausgestaltung des DSM-III enorme Freiheiten zu, so dass dieser sein Vorhaben

mit insgesamt sehr wenigen institutionellen Hindernissen umsetzen konnte. Während die operationalisierte Diagnostik des DSM-III noch weltweit für Furore sorgte und der psychiatrischen Diagnostik auch über ihr eigentliches Anwendungsgebiet hinaus populär machte (vgl. Frances, 2013, S. 110), erschienen die zahlreichen Änderungen, die für das DSM-III-R vorgenommen wurden, eher als Dämpfer, was die Hoffnung auf Eindeutigkeit in der Psychiatrie anging: Wenn eine Klassifikation so wandelbar war, konnte ihr Gegenstand ja nicht eindeutig sein (vgl. Stroemgren, 1994, S. 13).

Obwohl eine Harmonisierung zwischen DSM und ICD von Robert Spitzer bzw. der APA bereits Mitte der 1970er Jahre angestrebt wurde (damals zwischen DSM-III und ICD-9; Decker, 2013, S. 143), fand die eigentliche Angleichung erst zwischen dem DSM-IV und der ICD-10 statt: In der zehnten Ausgabe erschien das Kapitel V der ICD nämlich erstmals als operationalisierte Diagnostik (WHO, 1991). Ebenso wurden ätiologische Konzepte weitgehend fallengelassen mit dem Ziel, auch international eine einheitliche Sprache und Begrifflichkeit für die Psychiatrie zu etablieren. Die ICD-10 stellt letztlich das Ergebnis eines sechsjährigen Entwicklungsprozesses dar, an dem mehrere Tausend psychiatrische Experten aus den damals 52 Mitgliedstaaten der WHO beteiligt waren. In den nationalen psychiatrischen Gesellschaften zirkulierten die Leitlinienentwürfe jeweils mit der Aufforderung, Rückmeldungen und Kommentare abzugeben. In diesem Sinne stellt das Kapitel V der ICD-10 in erster Linie „eine Zusammenstellung von Symptomen und Kommentaren in Übereinstimmung von Experten aus verschiedenen Ländern dar“ (Stieglitz, 2008, S. 110–111).

1.1.5.1. Neurose und Psychose: Umgang mit vorbelasteten Begriffen

Das Vorhaben, ein von ätiologischen Konzepten befreites Verzeichnis zu erschaffen, wurde bei der ICD weit weniger strikt umgesetzt als im DSM, was sich beispielhaft an den beiden Begriffen „Psychose“ und „Neurose“ zeigen lässt: Eine Abgrenzung der beiden Bezeichnungen wurde erstmals vom deutschen Arzt und Philosophen Ernst von Feuchtersleben (1806–1846) eingeführt (Decker, 2013, S. 36). Seither gehören sie zum festen Vokabular der Psychiatrie. In der Darstellung von Bürgy (2008) fand in der Zeit bis zum frühen 20. Jh. eine allmähliche Bedeutungszuordnung statt, wonach bei Psychosen eine somatische bzw. hirnganische Ursächlichkeit angenommen wird. In Abgrenzung dazu wurden Neurosen als psychogen erachtet, d.h. ihre Ursachen wurden rein psychisch gesehen. Jaspers (1973) wies den beiden Be-

griffen jeweils eine spezifische Methodik zu, nämlich den Psychosen das (naturwissenschaftliche) Erklären und den Neurosen das Verstehen. Psychosen sind also gemäß Jaspers Auffassung nicht verständlich, sondern nur erklärbar (vgl. 1.1.2.1). Desweiteren formuliert er die Abgrenzung zwischen den beiden Begriffen folgendermaßen:

Neurosen heißen die seelischen Abweichungen, welche den Menschen selbst nicht ergreifen, Psychosen solche, welche den Menschen im Ganzen befallen. Psychosen (...) sind der engere Bereich seelischer Störungen, die für das allgemeine Bewusstsein einen Abgrund zwischen krank und gesund aufreißen. (Jaspers, 1913, 1973; zit. nach Stroemgren, 1994, S. 15)

Vor dem Hintergrund dieser ätiologischen Konzepte, die den beiden Begriffen zugedacht werden, ist es – wie Stroemgren (1994) kritisiert – in der Tat inkonsequent, wenn die Ausdrücke in der ICD-10 verwendet werden. Zum einen möchte die ICD-10 ja, ebenso wie das DSM-III und seine Nachfolgewerke, auf ätiologische Annahmen verzichten, zum anderen werden die Bedeutungen der beiden Begriffe weder erläutert noch definiert. Insofern weicht die ICD-10 stärker vom Vorhaben ab, die Grundlage für eine rein deskriptive Diagnostik bereitzustellen, als es das DSM-III tut. Dort wird auf beide Begriffe weitestgehend verzichtet.

Eine weitere markante Änderung, die beim Revisionsprozess der ICD-9 zur ICD-10 entstand, war die Einführung des sogenannten Komorbiditätsprinzips. Unter Komorbidität wird „das gemeinsame Auftreten verschiedener psychischer Störungen bei derselben Person“ (Stieglitz, 2008, S. 101) verstanden. Wenn die verschiedenen Störungen erfasst und diagnostiziert werden, dann sollte dies nach dem Grundsatz erfolgen: „So viele Diagnosen wie nötig, aber nicht mehr als erforderlich!“ (WHO & Dilling, 2009, S. 99) Dieses Prinzip löste das bis zur ICD-9 gültige und auf Jaspers (1973) zurückgehende Schichtenprinzip ab (vgl. 1.1.2.2).

1.1.5.2. Feldstudien

Ebenso wie das DSM-III (APA, 1980) wurde auch das Kapitel V der ICD-10 (WHO, 1991) vor seiner Veröffentlichung in internationalen Feldstudien auf ihre Praxistauglichkeit und Reliabilität hin geprüft. Dazu wurden 159 Studienzentren in 31 Ländern etabliert (Sartorius, 1994). Auch Aspekte der Validierung standen im Fokus dieser Feldstudien, die u.a. anhand von epidemiologischen Familien- und Verlaufsdaten untersucht wurden (Häfner & Maurer, 1994). Das Hauptanliegen galt aber – ebenfalls in Parallele zum DSM-III – der Verbesserung

der diagnostischen Reliabilität. Die Bestrebungen hierfür waren von der WHO sogar deutlich breiter angelegt als bei der APA: Einerseits wurden neben dem eigentlichen diagnostischen Verzeichnis eine Reihe von Erhebungsinstrumenten mitentwickelt, welche die Diagnostik im klinischen Alltag erleichtern sollten. Dazu gehören die „Schedules for Clinical Assessments in Neuropsychiatry“ (SCAN; Gülick-Bailer, Maurer & Häfner, 1995), das „Composite International Diagnostik Interview (CIDI; APA & WHO, 1994) und die „International Personality Disorder Examination“ (IPDE; Loranger et al., 1994, Loranger, Janca & Sartorius, 1997) (Sartorius, 1994). Andererseits gab die WHO verschiedene Fassungen des Kapitels V der ICD-10 heraus, welche den spezifischen Bedürfnissen und Fertigkeiten verschiedener Benutzer-Gruppen entsprechen sollten. Heute noch häufig in Gebrauch sind die „Klinisch-diagnostischen Leitlinien“ (WHO, Dilling, Mombour & Schmidt, 2015), welche für die Diagnostik im klinischen Alltag gedacht sind, sowie die strenger formulierten „Diagnostischen Kriterien für Forschung und Praxis“ bzw. „Forschungskriterien“ (WHO, Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2016). Geplant waren ferner eine Version für die primäre Gesundheitsversorgung sowie eine Fassung für statistische Zwecke (Sartorius, 1994).

Obwohl die hohen Erwartungen, die anfänglich in die operationalisierte Diagnostik gesetzt wurden, nach Erscheinen des DSM-III-R in mancher Hinsicht enttäuscht wurden (Stromgren, 1994), herrschte auch bei den an der Veröffentlichung der ICD-10 beteiligten Wissenschaftlern offenbar eine große Begeisterung für ihr äußerst umfangreiches Projekt. So schrieb der Psychiater Norman Sartorius, der langjährige Direktor der Division of Mental Health der WHO und eine der treibenden Kräfte bei der Gestaltung der ICD-10:

All dies macht es wahrscheinlich, dass wir noch vor dem Ende diese [sic] Jahrhunderts stolz darauf sein können, eine gemeinsame Sprache in der Psychiatrie geschaffen zu haben, die es allen Psychiatern und in der Psychiatrie Beschäftigten erlauben wird, miteinander zu arbeiten und einander zu verstehen. Diese Leistung ist nicht nur von wissenschaftlichem Wert. Sie ist außerdem ein Beitrag, den unsere Disziplin zu einer geeinten Welt machen kann, die in dieser Einheit die Stärke finden wird, ihre Probleme zu lösen. (Sartorius, 1994, S. 9)

1.1.6. Fazit I

Betrachtet man die historische Entwicklung der psychiatrischen Diagnostik im Verlauf der letzten 150 Jahre, so sind zwei markante Wandlungen festzustellen: Zum einen wurden die Werke einzelner Wissenschaftler abgelöst durch Verzeichnisse, die nationale bzw. internationale Gremien herausgeben und im modernen Gesundheitswesen einen verbindlichen Charakter haben. Dazu waren – und sind auch heute noch – Konsensbildungen und Kompromisslösungen zwischen Experten notwendig, die möglicherweise nicht ausschließlich sachbezogen verlaufen, sondern auch die persönlichen Überzeugungen sowie das Durchsetzungsvermögen einzelner Individuen widerspiegeln. Zum anderen hat sich mit der operationalisierten Diagnostik ein Verfahren durchgesetzt, mit dem psychische Erkrankungen weitgehend unabhängig von theoretischen Vorannahmen zu deren Ätiologie beurteilt werden können. Damit erhielt die Psychiatrie gewissermaßen eine *Lingua franca*, welche die Konzepte psychischer Störungen auch für fachfremde Personen verständlich macht, die aber innerhalb des Fachgebiets aufgrund ihres Reduktionismus mitunter auch auf Ablehnung stößt (mehr dazu siehe 1.2.1.4). Inwieweit die Kriterien der operationalisierten Diagnostik, wie sie erstmals im DSM-III und im Kapitel V der ICD-10 realisiert wurde, tatsächlich schon operationalisierend sind – d.h. eine Messvorschrift beinhalten – wird noch detaillierter zu erörtern sein (vgl. 1.3.1.2).

Historisch betrachtet sind die entscheidenden Impulse für diese beiden Wandlungen in den späten 1960er Jahren zu eruieren, als die Psychiatrie im Allgemeinen und die psychiatrische Diagnostik im Speziellen ins Schussfeld gesellschaftskritischer Rundumschläge geriet. Dazu trugen nicht zuletzt auch methodisch umstrittene, letztlich aber doch entlarvende wissenschaftliche Studien bei. Insofern sind die Umschwünge in der psychiatrischen Diagnostik auch als mehr oder weniger explizites Bestreben zu verstehen, die Psychiatrie als eine ernstzunehmende und vollwertige Teildisziplin der Medizin zu rehabilitieren (bzw. zu etablieren). Unter diesem Gesichtspunkt erscheint es auch konsequent, dass die aus der somatischen Medizin stammende Auffassung neu belebt wurde, wonach psychische Erkrankungen als „natürliche Einheiten“ zu verstehen seien, die sich in disjunkte Kategorien einteilen und auf diese Weise systematisieren lassen. Emil Kraepelin, der dieses Konzept zumindest zu Beginn seiner einflussreichen Tätigkeit vehement proklamierte, dient dabei bis heute als wichtiger Bezugspunkt. In jüngster Zeit – insbesondere im Zusammenhang mit der Veröffentlichung des DSM-5 – hat die Suche nach eindeutiger Abgrenzbarkeit einen empfindlichen Rückschlag erfahren:

Trotz aller Bemühungen der internationalen Scientific Community gelingt die Konzeptionierung nach dem klassischen Krankheitsmodell bis auf den heutigen Tag bei keiner einzigen psychischen Störung.

Mit den beiden aktuellen Verzeichnissen DSM-5 und ICD-10 stehen somit zwar Regelwerke zur Verfügung, welche in der klinischen Praxis und für internationale Forschungskooperationen eine verbindliche, gemeinsame Verständigungsbasis bieten. Doch die wissenschaftliche Belastbarkeit der darin enthaltenen und kategorisch unterteilten Konzepte bleibt – wie im übernächsten Kapitel deutlich werden sollte – nach wie vor gering. Zunächst aber lohnt sich eine genauere Betrachtung, worin die erkenntnistheoretischen Schwierigkeiten liegen, wenn es darum geht, psychische Störungen zu konkretisieren.

1.2. Erkenntnistheoretische Problemfelder der psychiatrischen Diagnostik

Durch das bisher Geschriebene sollte klargeworden sein, dass die Auffassung dessen, was als psychische Erkrankung oder Störung zu bezeichnen sei, einem gewissen historischen Wandel unterliegt. Das gilt einerseits für das Spektrum der psychischen „Abnormitäten“, andererseits aber auch – und hier zeigt sich die Variabilität der Konzepte besonders deutlich – in der Abgrenzung einzelner diagnostischer Identitäten zueinander. Selbst der seit Jahrzehnten anhaltende Trend der zunehmenden Differenzierung und Zergliederung der Störungskategorien in immer kleinere Unterkategorien scheint keine entscheidende Klarheit und Stabilität zu bringen. Somit stellt sich natürlich die Frage, ob die Abgrenzung reiner Willkür oder gar Beliebigkeit unterliegt, oder ob sie sich doch auf mehr oder weniger spezifische Zustände bezieht, die wiederum Manifestationen bestimmter psychischer Defekte oder Dysfunktionen darstellen. Weiter wäre dann zu fragen, wie die besagten Zustände zuverlässig identifiziert werden können. Um sich aber derartigen Fragestellungen angemessen anzunähern, sind vorab einige grundsätzliche Überlegungen zur Erkennung und zum Verständnis psychischer Vorgänge und Zustände angebracht. Es kann schließlich kein Zufall sein, dass sich ein beachtlicher Teil der internationalen Spitzenforschung seit Jahrzehnten darum bemüht, psychische Erkrankungen „dingfest“ zu machen und es dabei noch zu keinem wesentlichen Durchbruch gekommen ist. Das Unterfangen scheint insgesamt doch an Grenzen der menschlichen Erkenntnisfähigkeit zu stoßen, was jedoch angesichts der Komplexität der Materie auch nicht weiter verwunderlich ist.

1.2.1. Das Leib-Seele-Problem

Die gesamte Psychologie wie auch das Fachgebiet der Psychiatrie beschäftigen sich mit einem – im eigentlichen Sinne des Wortes – ungreifbaren Thema: der menschlichen Psyche. Bezeichnenderweise finden sich im Dorsch Psychologischen Lexikon weder zum Begriff „Seele“ noch zum Begriff „Psyche“ klare Definitionen, sondern lediglich etymologische Anmerkungen und Erläuterungen zu einem historischen Bedeutungswandel (Häcker & Stapf, 2009). Doch gerade wenn es um abnorme Zustände der Psyche und insbesondere deren Behandlung – d.h. die Rück- oder Hinführung in einen als normal erachteten psychischen Zustand – geht, stellt sich die ganz praktische Frage, wo man dabei ansetzen sollte: Gibt es einen

„direkten Zugang“ zur Psyche eines anderen Menschen? Was lässt sich daran ändern und wie? Braucht es dazu möglicherweise den „Umweg“ über körperliche bzw. materielle Zustände und falls ja, über welche?

1.2.1.1. Historische Vorläufer

Derlei Überlegungen führen zum zentralen Thema der Philosophie des Geistes, nämlich dem Leib-Seele-Problem. Im Mittelpunkt steht hier die Frage, ob psychische Phänomene – also beispielsweise unsere Überlegungen, Erinnerungen, Empfindungen und Gefühle – auf physische Vorgänge zurückführbar sind bzw. wie sich psychische und physische Zustände generell zueinander verhalten (Beckermann, 2011, S. 7, S. 19). Die Auseinandersetzung mit dieser und ähnlichen Fragen reicht bis in die antike Philosophie zurück. Auch wenn damals noch stärker Überlegungen im Vordergrund standen, ob eine vom Körper unabhängige Seele existiere und aus welcher Substanz diese beschaffen sein möge, lassen sich bereits bei den griechischen Philosophen zwei grundsätzliche Positionen beobachten: Die Dualisten (bzw. Substanzdualisten) gehen von der Seele als einer immateriellen, vom Körper unabhängigen Substanz aus, die nach dem Tod weiter existiert und das eigentliche Selbst des Menschen ausmacht. Für die Physikalisten (bzw. Substanzphysikalisten) ist der Mensch – wie jedes andere Lebewesen – ein rein physisches Wesen. Eine vom Körper unabhängige und immaterielle Seele wird von ihnen in Abrede gestellt. (Beckermann, 2011, S. 20)

Der Dualismus blieb durch seine beiden altertümlichen Protagonisten Platon (428–348 v. Chr.) und Aristoteles (384–322 v. Chr.) bis zum Beginn der Neuzeit die vorherrschende Auffassung in Bezug auf das Leib-Seele-Problem. Im 17. Jahrhundert war es René Descartes (1596–1650), der den aristotelischen Dualismus gewissermaßen radikalisierte, wobei er die Seele nicht mehr als Prinzip des Lebens auffasste, sondern als „res cogitans“, d.h. als „Träger und Schauplatz des Bewusstseins“ (Bischof, 2009, S. 39). Die Interaktion der „res cogitans“ mit der leiblich-materiellen „res extensa“ sah Descartes – wie vor ihm auch schon Aristoteles – als eine Wechselwirkung. Wie diese genau vonstattengehe, darüber haben sich auch andere Zeitgenossen von Descartes Gedanken gemacht, wobei meistens Gott als entscheidender Vermittler zwischen den Substanzen ins Spiel gebracht wurde. Dazu gehört auch der von Leibniz (1646–1716) vertretene psychophysische Parallelismus, demgemäß leibliche und seelische Prozesse nach dem Ordnungsprinzip der Synchronie ablaufen (vgl. Bischof, 2009, S. 41).

Im Verlauf des 20. Jh. bekam die Debatte um die Leib-Seele-Problematik – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der technischen Entwicklung von Computern – wieder starken Aufwind. Die zu klärende Frage dreht sich in jüngster Zeit jedoch nicht mehr um die Verschiedenheit oder Gleichheit von Substanzen, sondern darum, ob psychische Eigenschaften ontologisch selbstständig seien, bzw. ob und inwieweit sie auf physische Eigenschaften reduziert werden können und in diesem Sinne mit ihnen identisch seien. Die Befürworter einer solchen Identitätslehre werden Eigenschaftsphysikalisten genannt, die herausfordernde Gegenposition dazu wird als Eigenschaftsdualismus vertreten (Beckermann, 2011, S. 20). Interessanterweise wird diese Debatte noch immer hauptsächlich von Philosophen geführt, obwohl man ja annehmen dürfte, dass sie eines der zentralsten Probleme in den Neurowissenschaften darstellt. Offensichtlich sind Neurowissenschaftler aber noch bei weitem nicht in der Lage, dem Differenzierungsgrad der philosophischen bzw. erkenntnistheoretischen Fragestellungen mit entsprechenden Methoden, geschweige denn mit klärenden Ergebnissen zu begegnen.

Als relativ gesichertes Wissen kann immerhin gelten, dass ein bestimmter mentaler Zustand bei verschiedenen Personen mit durchaus unterschiedlichen neuronalen Zuständen korreliert sein kann. So zeigen die Gehirne verschiedener Personen, welche ein und derselbe Aufgabe lösen, zwar ähnliche, aber eben nie ganz die gleichen Aktivitätsmuster, wenn diese beispielsweise mit der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) gemessen werden (Beckermann, 2011, S. 75). Berücksichtigt man desweiteren, dass bei Hirnschädigungen die Funktionen des geschädigten Gewebes mindestens zu gewissen Teilen von anderen Hirnzellen übernommen werden können, dann erscheint die Annahme, dass jedem mentalen Zustand genau ein neuronaler Zustand entspricht, ziemlich unwahrscheinlich (vgl. Beckermann, 2011, S. 76). Die außerordentliche Plastizität und die in den Feinstrukturen offenbar doch stark individuelle Ausprägung menschlicher Gehirne stellt die Neurowissenschaft also vor erhebliche methodische Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund erscheint das ursprüngliche Vorhaben der DSM-5-Herausgeberschaft, psychische Erkrankungen mit primär biologisch-medizinischen Markern diagnostizieren zu können (Kupfer, First und Regier, 2002; vgl. 1.1.4.3), als übermäßig fortschrittsgläubig oder einfach nur sehr naiv. Angemessener erscheint da nach wie vor Schneiders (2007) pragmatische Bezeichnung des „allgemein üblichen empirischen Dualismus“ (S. 1), mit der er einräumt, dass Seelisches und Körperliches in der klinischen Praxis getrennt betrachtet werden müssen, ohne dass man diese Aufteilung metaphysisch als der Weisheit letzter Schluss zu verstehen habe (vgl. 1.1.3).

1.2.1.2. Subjektive Empfindungen: die Stolpersteine

In der jüngeren Entwicklung der Leib-Seele-Debatte unterteilt man den Überbegriff der mentalen Eigenschaften in Empfindungen und intentionale Zustände. Zu ersteren werden körperliche Empfindungen wie Übelkeit, Schmerzen oder Kitzel gezählt, aber auch Wahrnehmungseindrücke wie der Klang eines Instruments, der Geschmack einer Speise oder der Eindruck einer bestimmten Farbe. Entscheidend sind hier die phänomenalen Qualitäten (Qualia), also was man erlebt oder fühlt, wenn man eine solche Empfindung hat. Dagegen werden intentionale Zustände dadurch charakterisiert, dass sie auf etwas gerichtet sind und einen Inhalt haben. Beispiele dafür sind Wünsche, Überzeugungen, Befürchtungen und Erwartungen (Beckermann, 2011, S. 89–90). Diese Unterscheidung ist deshalb aufschlussreich, weil die Entwicklung künstlicher Intelligenz dazu geführt hat, dass intentionale Zustände in Computermodellen relativ gut simuliert werden können. Das bedeutet, dass rein physische Systeme zumindest prinzipiell in der Lage sind, bestimmte Arten mentaler Zustände hervorzubringen, was ein gewichtiges Argument für den Eigenschaftsphysikalismus darstellt (Beckermann, 2011, S. 99).

Anders sieht es allerdings für den Bereich der Empfindungen aus: Hier scheint bislang weder auf theoretischer noch auf praktischer Ebene ein Weg gefunden worden zu sein, diese mentalen Zustände nachzubilden bzw. physische Systeme zu entwickeln, die etwas Vergleichbares wie Empfindungen hervorzubringen in der Lage sind. Der US-amerikanische Philosoph Thomas Nagel beleuchtet diese Thematik in seinem bekannten Aufsatz „What Is It Like to Be a Bat?“ aus dem Jahr 1974. Den entscheidenden Punkt sieht Nagel (2016) in dem Umstand, dass Empfindungen einen gänzlich subjektiven Charakter haben, der notwendigerweise an eine bestimmte Perspektive gebunden ist. Um dies zu verdeutlichen unternimmt Nagel sozusagen einen mehrfachen phylogenetischen Sprung in der evolutionären Entwicklungslinie der Säugetiere: Wenn wir wissen möchten, wie es sich anfühlt, als Fledermaus eine Echolotwahrnehmung zu haben, stoßen wir unweigerlich an die Grenzen unserer Vorstellung. Wir können uns in der Fantasie vielleicht erschließen, wie es sich für uns Menschen anfühlen würde, mittels Echolot durch die Lüfte zu navigieren, aber wir haben keine Möglichkeit zu wissen, wie eine Fledermaus dabei empfindet bzw. wie es überhaupt ist, eine Fledermaus zu sein (Nagel, 2016, S. 17). Zwar sei es durchaus möglich, dass man eine andere als die eigene Perspektive einnimmt und so ein Wissen darüber gewinnt, wie die Qualität eines Erlebnisses für jemanden anderen ist. Ein Beispiel dafür wären Zahnschmerzen, deren Erlebnisqualität man vielleicht schon selbst empfunden hat (bzw. einen Begriff davon entwickelt hat), oder sich zumindest vorstellen kann, wie es ist, diese Empfindung zu haben (Beckermann, 2011, S. 101). Doch je

verschiedener das andere Wesen, desto erfolgloser wird dieses Unterfangen ausfallen (Nagel, 2016, S. 25). Von diesen subjektiven, phänomenologischen Tatsachen grenzt Nagel (2016) objektive Tatsachen ab, „die aus verschiedenen Perspektiven und von Individuen mit verschiedenen Wahrnehmungssystemen beobachtet und verstanden werden können“ (S. 25). So könnten Neurowissenschaftler durchaus Wissen über die Neurophysiologie von Fledermäusen erwerben und dieses Wissen wäre dann als objektiv zu bezeichnen. Gleichmaßen ist es möglich, einen Blitz unabhängig von der an die menschliche Perspektive gebundenen Phänomenologie als elektrische Entladung, Wasser als H₂O oder eine Eiche als Kohlewasserstoffgebilde zu verstehen. Bei den genannten Beispielen gewinnt man durch Reduktion durchaus ein grundlegendes Verständnis von der Natur der Dinge. Doch was den subjektiven Charakter von Erfahrungen angeht, „bringt uns jeder Schritt hin zu größerer Objektivität, d.h. zu einer geringeren Verbindung mit einer spezifischen Erlebnisperspektive, nicht näher an die wirkliche Natur des Phänomens heran: Sie führt uns weiter von ihr weg“ (Nagel, 2016, S. 31). Darin liegt in Nagels Auffassung die eigentliche Besonderheit des Leib-Seele-Problems. Dennoch hält Nagel (2016) den Anspruch des Eigenschaftsphysikalismus, nämlich psychische Zustände als Zustände des Körpers und psychische Ereignisse als physische Ereignisse zu erklären, keineswegs für verfehlt: „Es wäre richtiger zu sagen, dass der Materialismus (physicalism)² eine Position ist, die wir nicht verstehen können, weil wir gegenwärtig keine Konzeption davon haben, wie er wahr sein könnte.“ (Nagel, 2016, S. 35)

1.2.1.3. Implikationen für die psychiatrische Diagnostik

Im Hinblick auf das Feld der psychiatrischen Diagnostik bzw. der Psychopathologie lässt sich gewissermaßen ein Vorläufer von Nagels (2016) Ausführungen ausmachen, nämlich die auf Wilhelm Dilthey (1833–1911) zurückgehende und von Jaspers (1973) in die Methodik der Psychopathologie aufgenommene Unterscheidung zwischen Verstehen und Erklären (vgl. Diehl, 2016, S. 65; vgl. 1.1.2.1). Für Jaspers (1973) stellt der Prozess des Erklärens eine fortlaufende Weiterentwicklung eines objektiv gültigen, naturwissenschaftlichen Wissensfundus dar, wie einzelne Elemente ein bestimmtes Ursachen-Wirkungs-Gefüge bilden. Diesen Prozess erachtet er im Bereich der Psychopathologie als prinzipiell begrenzt. Nagel (2016) spricht in seinen Ausführungen von „Reduktion“, die in vielen Bereichen ein objektives und

² Der Übersetzer wählte aus Gründen breiterer Verständlichkeit den Begriff „Materialismus“, während im Originaltext der Begriff „physicalism“ verwendet wird. Letzterer reiht sich allerdings besser in die Terminologie von Beckermann (2008) ein.

besseres Verständnis der wirklichen Natur von Dingen ermöglicht, was aber im Bereich der psychischen Empfindungen eben gerade nicht gilt. Der Prozess des Verstehens sieht Jaspers (1973) dagegen in einer unmittelbaren Evidenz begründet, die sich nicht weiter zurückführen lässt, wobei er gar nicht in Frage stellt, dass dieser Prozess zwischen menschlichen Individuen abläuft. Hier zeigt sich eine Parallele zu Nagels (2016) Auffassung, dass subjektive psychische Empfindungen zwar durchaus von wesensverwandten Individuen nachempfunden werden können, was aber an einen bestimmten Typus von Perspektiven gebunden und somit begrenzt ist (S. 25). Während Nagel (2016) zur Problematik abnormer bzw. krankhafter psychischer Erlebens- und Verhaltensweisen keinerlei konkrete Aussagen macht, weist Jaspers (1973) den beiden methodischen Ansätzen jeweils eine spezifische Gruppe von psychischen Auffälligkeiten zu: Neurosen sind demnach dem Prozess des Verstehens zugänglich, Psychosen jedoch nur dem Prozess des Erklärens (vgl. 1.1.2.1). Bei Schneider (2007) wiederum findet sich eine analoge Aufteilung in die beiden Gruppen „abnorme Spielarten seelischen Wesens“ und „Folgen von Krankheiten“. Unabhängig von der begrifflichen Verknüpfung kann daraus eine im Folgenden sehr bedeutsame Feststellung abgeleitet werden: Im Bereich der Psychopathologie hat man es offenbar mit zwei unterschiedlichen Erscheinungsformen zu tun: Bei der einen scheinen die persönlichen Empfindungen der Betroffenen der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit zugänglich zu sein, bei der anderen versagt dieser empathische Zugang oder stößt zumindest an seine Grenzen.

Wie Tress (2011) konstatiert, wird der Durchdringung des Leib-Seele-Problems im Bereich der Medizin und der Psychologie gerne ausgewichen, obwohl die zumindest impliziten Vorstellungen über die Zusammenhänge zwischen Körper und Psyche die tägliche klinische Arbeit durchaus prägen. Bei etlichen Autoren, die sich dennoch vertieft und kritisch damit auseinandersetzen, findet sich aber eine beachtenswerte Übereinstimmung, wie mit der Problematik umzugehen sei. Das betrifft zunächst die Feststellung, dass da eine ernstzunehmende methodische bzw. epistemische Kluft besteht, eine „Lücke zwischen Subjektivem und Objektivem“, wie Nagel (2016, S. 41) es formuliert. Besonders prägnant liest sich die Darstellung Sigmund Freuds:

Von dem, was wir unsere Psyche (Seelenleben) nennen, ist uns zweierlei bekannt, erstens das körperliche Organ und Schauplatz desselben, das Gehirn (Nervensystem), andererseits unsere Bewusstseinsakte, die unmittelbar gegeben sind und uns durch keinerlei Beschreibungen näher gebracht werden können. Alles dazwischen ist uns unbekannt, eine direkte Beziehung zwischen beiden Endpunkten unseres

Wissens ist nicht gegeben. Wenn sie bestünde, würde sie höchstens eine genaue Lokalisation der Bewusstseinsvorgänge liefern und für deren Verständnis nichts leisten.“ (Freud, 1994; zit. nach Bischof, 2009, S. 46)

Auch Norbert Bischof beschreibt den Sachverhalt im Sinne einer lückenhaften Bipolarität: „Die psychophysische Komplementarität nötigt uns zur Entscheidung zwischen zwei Standorten: der Außenperspektive, aus der ich den anderen betrachte, und der Innenperspektive, die von der Selbsterfahrung ausgeht“ (Bischof, 2009, S. 110).

1.2.1.4. Phänomenologie als möglicher Ausweg

Eine ebenfalls bemerkenswerte Übereinkunft besagter Autoren besteht in Bezug auf einen möglichen Ausweg bzw. einer wissenschaftsprogrammatischen Überbrückung der Kluft: Zwischen den beiden bezeichneten Polen wird nämlich ein gewisses Kontinuum angenommen, welches aus beiden Richtungen sozusagen methodisch angereichert werden kann, um die in einer fernen Zukunft vielleicht einmal mögliche Verbindung zwischen „Objektivem“ und „Subjektivem“ zu begünstigen. Die Aufrufe betreffen interessanterweise aber in erster Linie den „subjektiven Pol“: Nagel (2016) schlägt eine „objektive Phänomenologie, die von Einführung oder Phantasie unabhängig ist“ (S. 41) vor. Damit sollte es möglich werden, „den subjektiven Charakter von Erlebnissen wenigstens teilweise in einer Form zu beschreiben, die für Wesen verständlich ist, die solche Erlebnisse nicht haben können“ (Nagel, 2016, S. 41). Als Beispiel erwähnt Nagel (2016), dass man mit der Entwicklung von Begriffen beginnen könnte, um einer von Geburt an blinden Person zu erklären, wie es ist zu sehen (S. 41). Auf das Gebiet der Psychopathologie angewandt könnte dieser Vorschlag durchaus als Aufforderung gelesen werden, abnorme psychische Phänomene, welche der „normalen“ Erfahrung verborgen bleiben, in präzise Beschreibungen und Begriffe zu fassen. Das würde dann auch für diejenigen – bisweilen psychotisch genannten – Phänomene gelten, welche sich dem Verstehensprozess des „gesunden Menschenverstandes“ entziehen. So betrachtet lässt sich unschwer feststellen, dass auch Jaspers (1974) Ansatz im Grunde denselben Umgang mit dem Leib-Seele-Problem verfolgt, nämlich eine Ausdifferenzierung und begriffliche Festigung von subjektiv erlebten Phänomenen. In diesem Sinne scheint er die Phänomenologie als Basis der Psychopathologie aufzufassen. Schließlich formuliert auch Bischof (2009), der das Leib-Seele-Problem nicht in Bezug auf psychische Abnormitäten, sondern eines allgemeinen psychologisch-methodischen Problembewusstseins erörtert, ein phänomenologisches Postulat:

„Die Phänomene sind so zu beschreiben, wie man sie erlebt“ (S. 53). Zusammen mit einem neuronalen Postulat („die psychophysischen Prozesse sind an Neuronen gebunden“; S. 54) sowie einem Isomorphiepostulat („Die phänomenologische Beschreibung der Erlebniswelt und die physiologische Beschreibung bestimmter, ‚psychophysisch‘ genannter Vorgänge im Gehirn sind ohne Sinnverlust ineinander übersetzbar“; S. 55) etabliert er so eine methodologische Triangulierung zum forschungspraktischen Umgang mit dem Leib-Seele-Problem.

Geistesgeschichtlich betrachtet ist die epistemische Forderung nach einer detaillierten und exakten Erfassung der bewussten Erlebniswelt indes nicht neu. Um die Jahrhundertwende hatte sie ihre Aktualität als Gegenposition zum sogenannten Psychologismus, demzufolge selbst die Gesetze der Logik psychologisch hergeleitet werden sollten (Bischof, 2009, S. 97). Um derartigen Auswüchsen entgegen zu treten, begründete Edmund Husserl (1859–1938) die phänomenologische Philosophie, deren Hauptvertreter später Martin Heidegger (1889–1976) wurde. Ihre zentrale epistemische Annahme, dass der Ursprung der Erkenntnisgewinnung in der unmittelbaren Anschauung der gegebenen Erscheinungen liegt (Dorsch, S. 747; Dammann, 2015, S. 11), scheint heute insgesamt doch einen schweren Stand zu haben. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die von Immanuel Kant (1724–1804) so deutlich herausgearbeitete Kluft zwischen der Wahrnehmung des Subjekts und dem davon unabhängigen Objekt in der Phänomenologie letztlich einfach ignoriert wird, wodurch sie Gefahr läuft, zu naivem Realismus zu verkommen (vgl. Bischof, 2009, S. 97–98). Dennoch bleibt die Phänomenologie insbesondere durch ihre Verankerung bei Jaspers (1973) ein wichtiger geistesgeschichtlicher Bezugspunkt innerhalb der Psychiatrie. Meistens geht dies einher mit dem impliziten oder expliziten Anspruch, psychiatrischen Patienten einfühlsam und mit sorgfältiger Beobachtung ihrer Symptomatik sowie ihres Krankheitsverlaufs zu begegnen (vgl. Dammann, 2015).

Im amerikanischen Schizophrenia Bulletin erschien ein in diesem Zusammenhang sehr aufschlussreicher Artikel von Nancy C. Andreasen, die seinerzeit zu Robert Spitzers engstem Mitarbeiterkreis bei der Entwicklung des DSM-III gehörte (Decker, 2013, S. 117). Darin betont Andreasen (2007), wie hoch die europäische phänomenologische Tradition in der Psychiatrie von den Schöpfern des DSM-III geschätzt wurde und beklagt gleichzeitig den „Tod der Phänomenologie in Amerika“, welche durch die Erfolgsgeschichte des DSM praktisch aus der Forschungslandschaft verschwunden sei. Dabei zeigt sie auf, dass an amerikanischen Universitäten nur noch die Kriteriensets nach DSM vermittelt würden und die an der Phänomenologie orientierte Methode der Psychopathologie kaum Beachtung findet. In der Praxis verkomme dadurch die sorgfältige Erfassung individueller Anamnesen zum Ausfüllen von

Checklisten. Auch hier findet also – wenn auch nicht in direktem Zusammenhang mit dem Leib-Seele-Problem – eine Rückbesinnung auf das exakte und vorurteilsfreie Registrieren von zumindest im ersten Stadium subjektiven Eindrücken und Empfindungen statt.

1.2.2. Wahrnehmung und Denken in Kategorien

Eine weitere Eigenschaft der menschlichen Erkenntnisfähigkeit sollte nicht außer Acht gelassen werden, wenn es um die Frage geht, wie die Vielfalt psychischer Abnormitäten erfasst und konzeptioniert werden kann, nämlich die Bildung von Kategorien. In der oben skizzierten historischen Entwicklung der psychiatrischen Diagnostik (vgl. 1.1) steht die Etablierung eines kategorialen Systems – mit Ausnahme vielleicht von Jaspers Psychopathologie – jeweils ganz im Vordergrund. Gleichzeitig betonen die Verfasser solcher Systeme auch immer – vielleicht mit Ausnahme von Kraepelin – deren Vorläufigkeit. Daraus leitet sich die basale Frage ab: Woher kommt eigentlich der menschliche Drang nach Kategorisierung? Wo liegt dabei der Gewinn? Warum sollte ein vorläufiges Kategoriensystem besser sein als gar keines?

In der Geistesgeschichte taucht der Begriff der Kategorien bereits bei Aristoteles, später dann bei Descartes und Leibniz auf. Ursprünglich waren damit Seinsformen gemeint, welche mit zunehmender Abstraktion aus konkreten Phänomenen generalisiert werden können. Zugleich wurden Kategorien wie „Ding“, „Attribut“, „Relation“ oder „Tätigkeit“ auch als Ordnungsformen der Sprache verstanden. Eine etwas andere Bedeutung bekamen sie bei Kant, der ihnen nicht mehr einen ontologischen, sondern einen primär epistemischen Status zugestand: In seiner Auffassung sind Kategorien „apriorische Schablonen, die unsere Vernunft der Sinneswahrnehmung aufprägt“ (Bischof, 2009, S. 101). Als philosophische Grundlegung für die modernen Naturwissenschaften war diese Verortung der Kategorienbildung im menschlichen Geist allerdings ungünstig, zumal ja hier gerade der Anspruch besteht, „Wahrheiten“ über die Beschaffenheit und die Gesetzmäßigkeiten der realen Welt zu erfahren. So kam es in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts u.a. durch Nicolai Hartmann (1882–1950) zu einer Rückbesinnung auf ontologische Fragestellungen. Hartmann formulierte – übrigens auf der analytischen Basis von Edmund Husserls Phänomenologie – eine Liste an Fundamentalkategorien mit einem spezifischen Schichtenaufbau. Er selbst betrachtete diese Liste als vorläufig und hypothetisch, beeinflusste damit aber nicht nur Ethologen wie Konrad Lorenz (1903–1983), sondern auch moderne Neurowissenschaftler.

Unabhängig von der Frage, ob und auf welche Weise die „reale Welt“ in Kategorien aufgebaut ist, hat die kantsche Feststellung, dass das menschliche Denken und die menschliche Vernunft kategorial funktionieren, bis heute ihre Gültigkeit (vgl. Bischof, 2009, S. 102–103). Der menschliche Geist behandelt ein Objekt also nicht (nur) als einzigartiges Gebilde im Universum, sondern bringt es (zugleich) mit anderen, ähnlichen Objekten in Verbindung und gruppiert diese nach bestimmten Kriterien. Zur Erklärung dieses Phänomens werden, wie Pinker (1998, S. 380) ausführt, üblicherweise zwei Argumente ins Spiel gebracht, die jedoch beide nicht ganz schlüssig sind: Das eine bezieht sich auf die begrenzte Speicherkapazität des menschlichen Gehirns. Die Kategorienbildung sei demnach eine Strategie, um sich Dinge effizienter merken zu können. Pinker hält hier aber u.a. dagegen, dass wir häufig sowohl die Kategorie als auch ihre Exemplare speichern, so etwa bei Familienmitgliedern, Monaten oder Kontinenten. Wäre die begrenzte Speicherkapazität eine kritische Größe, müsste wohl zunächst auf eine solche Verdoppelung verzichtet werden. Das zweite Argument bezieht sich auf den Zwang zur Organisation, weil das geistige Leben sonst ein Chaos wäre. Pinker entkräftet auch dieses Argument mit dem Einwand, dass Organisation um ihrer selbst willen sinnlos sei. Im Gegenzug bietet er eine dritte Erklärung an: „Der menschliche Geist muss einen Gewinn daraus ziehen, Kategorien zu bilden, und dieser Gewinn sind Schlussfolgerungen“ (S. 381). Schlussfolgerungen dienen in diesem Sinne dazu, Wissen, welches man bereits zu einem Exemplar der betreffenden Kategorie hat, mit einer großen Zuverlässigkeit auf anderes Exemplar derselben Kategorie anzuwenden und auf dieser Basis Vorhersagen über das weniger bekannte Exemplar abzuleiten. Je kleiner und differenzierter die Kategorie, desto genauer werden die Vorhersagen. Allerdings gestaltet sich dann auch die Zuordnung eines Exemplars zu einer bestimmten Kategorie umso schwieriger, weil in einer kleineren Kategorie mehr Merkmale auf ihr Zutreffen hin untersucht werden müssen, während sich gleichzeitig auch immer weniger unbekannte Merkmale überhaupt noch schlussfolgern lassen. Es muss also ein Kompromiss gefunden werden zwischen der Schwierigkeit, eine Kategorie zu identifizieren und den Vorteilen, welche die Kategorie bietet.

Desweiteren unterscheidet Pinker (1998, S. 382–383) zwei Arten von Kategorien, die im menschlichen Denken verankert sind: Einerseits gibt es Kategorien auf der Basis von Stereotypen, welche unscharfe Ränder und Familienähnlichkeiten aufweisen. Hier werden Muster miteinander assoziiert, bzw. die Korrelationen zwischen ihren Merkmalen oberflächlich registriert. Die Vorhersagekraft ergibt sich dabei aus der Ähnlichkeit der Exemplare. Beispiele dafür wären Gemüsesorten oder Spiele. Andererseits gibt es Kategorien, die exakt definiert sind, klar umrissene Grenzen haben und einen gemeinsamen Nenner aufweisen, der alle Exemplare

vereint. Diese Kategorien funktionieren, weil man Gesetze aufspürt, die den Clustern zugrunde liegen. Sie ergeben sich im Alltag meistens aus intuitiven Theorien, können aber auch das Ergebnis kritischer Wissenschaft sein. Beispiele dafür sind verwandtschaftliche Beziehungen, Sprachsysteme oder etwa die auf Darwins Evolutionstheorie basierende Einteilung von Tierarten. Das menschliche Denken ordnet manche Dinge durchaus beiden mentalen Kategorien zu.

Auch im Hinblick auf die historische Entwicklung der psychiatrischen Diagnostik lassen sich Ansätze zu beiden Arten der mentalen Kategorisierung feststellen: Bei Kraepelin steht die Darstellung von Stereotypen sehr stark im Vordergrund, er assoziiert dabei die offensichtlichen Ähnlichkeiten vorwiegend äußerer Verhaltensmerkmale (vgl. 1.1.1.2). Seine implizite Annahme scheint dabei gewesen zu sein, dass sich die der Stereotypie zugrundeliegende Regelmäßigkeit gewissermaßen von selbst bzw. im Rahmen zukünftiger wissenschaftlicher Untersuchungen offenbaren würde. Allerdings wird in der „auf wissenschaftstheoretisch eher einfachen Säulen ruhenden Kraepelinschen Psychiatrie“ (Hoff, 1997, S. 10) kaum auf derartige epistemische Feinheiten eingegangen.

Wesentlich anspruchsvoller gestalten sich die methodischen Überlegungen bei Jaspers (1973). Während er sich in Bezug auf Kategorienbildung für psychische Erkrankungen jedoch in vornehmer Zurückhaltung übt, stellt Schneider (2007) den Versuch einer echten regelbasierten Kategorisierung auf und zeigt sich sehr bedacht, dabei alle hypothetischen Annahmen offen zu legen. Bei den modernen Diagnosemanualen ICD und DSM wird die Gemengelage in Bezug auf die Art der Kategorienbildung sehr viel unübersichtlicher. Wenn man Frances Allens (2013, S. 106–107; vgl. 1.1.4.2) Beschreibungen Glauben schenkt, dürfte bei der Entwicklung des DSM-III primär – und ganz im Sinne der Bezeichnung „Neo-Kraepelinians“ (vgl. Decker, 2013, S. 60) – eine stereotypen-basierte Vorgehensweise im Vordergrund gestanden haben. Der von Allen (2013) hervorgehobene provisorische Charakter der Diagnosekategorien scheint aber von praktisch tätigen Psychiatern bei weitem nicht immer als solcher verstanden zu werden. Hoff (1997) warnt in diesem Zusammenhang vor der „Tendenz zu sekundärer, aus der Praxis erwachsender ‚Reifizierung‘ ursprünglich deskriptiv gemeinter Entitäten“. Symptomkombinationen, welche in der Praxis häufig auftreten, würden in diesem Sinne als „immer einheitlicher empfunden“ und könnten so „gar zu einem vom Beobachter vermeintlich unabhängigen ‚Ding an sich‘“ werden (S. 13). Hoff hebt in diesem Sinne also deutlich hervor, dass die gegenwärtigen Diagnosesysteme nicht auf naturwissenschaftlich aufgedeckten Regelmäßigkeiten beruhen. Damit gelangt man zu einer epistemisch sehr zentralen

Frage: Gibt es bei psychischen Störungen überhaupt ontologische Realkategorien (also „natürliche“ Krankheitseinheiten), deren Regelmäßigkeit vom Menschen auf wissenschaftliche Weise erkannt werden können, oder sind psychische Störungen ausschließlich Konstrukte des menschlichen Geistes und basieren auf vorübergehenden Konventionen? Wenn Psychologie und Psychiatrie als naturwissenschaftliche Disziplinen verstanden werden, sollte eigentlich von Ersterem ausgegangen werden. Dass man mit den aktuellen diagnostischen Verzeichnissen aber noch weit davon entfernt ist, die möglicherweise existierenden Realkategorien verstanden zu haben, zeigt nicht zuletzt die Schwierigkeit, aus den heutigen, konventionellen Störungskategorien Krankheitsverläufe vorherzusagen. Genau darin läge aber – im Sinne Pinkers (1998) – der eigentliche Gewinn und Zweck von Kategorienbildungen. Dieser Umstand wird später noch genauer zu erörtern sein (siehe 1.3.4.1).

1.2.3. Normalität

Mit dem Leib-Seele-Problem und dem kategorienbezogenen menschlichen Denken sind zwei grundlegende epistemische Problemfelder angesprochen worden, von denen im Zusammenhang mit psychischen Störungen allerdings meist nur das erste reflektiert wird. Neben diesen grundsätzlichen und wissenschaftlich bislang ungelösten Schwierigkeiten stellt sich aber auch noch die etwas mehr auf die Praxis bezogene Frage, wie ein gesunder psychischer Zustand von einem kranken zu unterscheiden sei, bzw. anhand welcher Kriterien hier eine Grenze zu ziehen sei. Um diesen Fragen zu begegnen, werden in der Fachliteratur üblicherweise drei oder vier verschiedene Konzepte von Normalität diskutiert: die statistische, funktionale, soziale und bisweilen die subjektive. Im Spannungsfeld solcher Konzepte, so wird häufig argumentiert, sei die Abgrenzung von psychisch gesunden zu psychisch krankhaften bzw. abnormalen Zuständen zu suchen.

1.2.3.1. Statistische Normalität

Bei einer Vielzahl von Merkmalen, die sich im naturwissenschaftlichen Kontext beobachten und wiederholt messen lassen, stellt man fest, dass sie symmetrisch um einen sogenannten Erwartungswert streuen. Das bedeutet, dass bei vielfacher Wiederholung des Messvorgangs der Erwartungswert am häufigsten auftritt und die Messwerte in ihrer Häufigkeit abnehmen, je mehr sie über oder unter dem Erwartungswert liegen. Ein klassisches Beispiel hierfür stellt

die Körpergröße von Menschen dar (vgl. Tebartz van Elst, 2016, S. 20). Es zeigte sich, dass solche empirischen Streuungen der Messwerte sehr gut mit der stochastisch definierten Normalverteilung formalisieren lassen. Diese geht zurück auf die Arbeiten der Mathematiker und Astronomen Pierre-Simon Laplace (1749–1827) und Carl Friedrich Gauß (1777–1855). Adolphe Quetelet (1796–1874) wandte sie erstmals als angewandte Statistik an (Wußing, 2009, S. 33).

Die heutzutage meist nach Gauß benannte Normalverteilung stellt eine Dichtefunktion der Wahrscheinlichkeit einer stetigen Zufallsvariable dar. Sie hat eine glockenförmige Gestalt mit dem Erwartungs- bzw. Mittelwert μ als Symmetriezentrum, einer Varianz σ^2 und weist bei $x = \mu \pm \sigma$ jeweils einen Wendepunkt auf. Hat die Normalverteilung den Mittelwert $\mu = 0$ und die Varianz $\sigma = 1$, spricht man von einer Standardnormalverteilung. Die stochastische Normalverteilung ist per se also an keine physikalischen Größen gebunden, sie ist rein mathematisch definiert und somit inhaltsleer.

Auch bei der Untersuchung von einigen psychologischen Merkmalen zeigt sich, dass sich deren Verteilungen von wiederholten Messwerten gut anhand der stochastischen Normalverteilung formalisieren lassen. Ein Beispiel hierfür ist die Intelligenz. Im Vergleich zum Beispiel der Körpergröße erscheint das Konstrukt der Intelligenz allerdings deutlich schwerer fassbar. Das liegt in erster Linie an dessen Operationalisierung, d.h. an der Bestimmung der Operation, mit der man das Merkmal misst und so zu einer qualitativ definierten Variablen macht (vgl. Bischof, 2016, S. 44). Während die Operationalisierung der Körpergröße den meisten Menschen durch den alltäglichen Umgang mit dem Meterstab intuitiv geläufig sein dürfte, erfolgt sie beim Beispiel der Intelligenz anhand bestimmter Tests, denen wiederum bestimmte operationale Definitionen von Intelligenz zugrunde liegen (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 62–64). Dieses methodische Vorgehen hat im Verlauf des 20. Jh. auch Eingang in den Bereich der Klinischen Psychologie bzw. in der wissenschaftlichen Psychiatrie gefunden: Für zahlreiche Merkmale, welche als klinisch auffällig bzw. behandlungswürdig erachtet werden, gibt es eine inzwischen unübersichtlich gewordene Bandbreite von operationalisierten Interview-Vorlagen und empirisch validierten Tests.

Dem Großteil der Testverfahren, welche zur Beantwortung klinisch-diagnostischer Fragestellungen entwickelt wurden, liegt die sogenannte klassische Testtheorie zugrunde (Stieglitz, 2008, S. 48). Sie ist eine reine Messfehlertheorie und macht beispielsweise Aussagen dazu, wie man mit dem Umstand umzugehen hat, dass ein einzelnes Testergebnis einer einzel-

nen Testperson zufälligen Einflüssen unterliegt und somit theoretisch im Rahmen einer Normalverteilung um den „wahren“ Leistungs- bzw. Testwert dieser Person variiert (Bühner, 2006, S. 25–28). Trotz ihrer relativ leichten Verständlichkeit und Handhabung weist die klassische Testtheorie auch entscheidende Nachteile auf. So ist sie eigentlich nur bei echter Intervallskalierung der Daten definiert (Bühner, 2006, S. 28), die bei den üblicherweise verwendeten Likert-Skalen keineswegs mit Sicherheit angenommen werden darf (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 181). Wenn zudem bei Tests jeweils ein Item für ein einzelnes Symptom steht, und die Items dann gleichsam zu einem Summenwert aufaddiert werden, läuft dies auf eine implizite Gleichwertigkeit der Symptome hinaus. Im Fall des Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) steht dies beispielsweise im Widerspruch zu den diagnostischen Kriterien der ICD-10 bzw. des DSM-5, welche eine hierarchisch zu priorisierende Kernsymptomatik aufweisen. Derartigen Unzulänglichkeiten wird in der Probabilistischen Testtheorie mehr Beachtung geschenkt: insbesondere zur Frage nach der vorliegenden Skalierung und der Aussagekraft des Summenwerts kommen hier spezielle mathematische Modelle zum Einsatz (Bühner, 2006, S. 300).

Auf theoretischer Ebene sind sowohl die klassische als auch die probabilistische Testtheorie konzipiert, um aufgrund des Testverhaltens einer getesteten Person Rückschlüsse auf ein sogenannt latentes Konstrukt bzw. auf eine latente Variable zu ermöglichen (Bühner, 2006, S. 21). Im Fall eines störungsspezifischen, klinischen Tests ist dieses latente Konstrukt die betreffende Störung, beim BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) also beispielsweise eine Depression. Ob und in welchem Ausmaß ein klinischer Test nun aber tatsächlich das beabsichtigte latente Konstrukt misst – die eigentliche Inhaltsvalidität also – lässt sich letztlich nicht mit statistischen Mitteln prüfen (Bühner, 2006, S. 36). Als indirektes Vorgehen hierfür ist es üblich geworden, dass man neu zu entwickelnde Tests gemeinsam mit bereits bestehenden Tests zum selben (oder einem verwandten) latenten Konstrukt einer Stichprobe vorlegt. Eine hohe korrelative Übereinstimmung der Testwerte wird dann als eine gewisse Bestätigung interpretiert, dass der neue Test das beabsichtigte Konstrukt misst. Neben dieser sogenannten konvergenten Validität lässt sich ergänzend eine divergente Validität bestimmen, indem ein Test mit einem weniger verwandten Konstrukt in die Erhebung aufgenommen wird, wobei geringere Korrelationen erwartet werden. Weitere indirekte Validierungsverfahren sind die Kriteriumsvalidität, bei der die Testleistung prospektiv oder retrospektiv mit der Testleistung eines anderen Konstrukts verglichen werden, sowie die faktorielle Validität, bei der die theoretisch vorzufindende Struktur eines latenten Konstrukts empirisch überprüft wird (Bühner, 2006, S. 38–39). Doch selbst wenn eine Reihe solcher indirekten Verfahren eingesetzt wird,

gelingt es letztlich nicht, mittels einer Operationalisierung über psychologische Testungen und statistischen Auswertungen die wahre Existenz eines Konstrukts wie beispielsweise einer psychischen Erkrankung ontologisch nachzuweisen.

Auch der Übergang von einem gesunden zu einem psychisch kranken Zustand ist mit testpsychologischen Verfahren per se nicht zu eruieren, denn aus der mathematisch formalisierten Testtheorie lassen sich keine objektiven Kriterien ableiten, ab wann ein Zustand bzw. das Vorliegen bestimmter Merkmale krankhaft wird. Wenn also in Testhandbüchern Cut-off-Werte genannt werden – beispielsweise der Summenwert von 13 im BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) als Schwelle für das Vorliegen einer Depression – kann deren diagnostische Bedeutung keineswegs direkt aus empirischen Daten abgeleitet werden. Cut-off-Werten liegt stets eine gewisse Beliebigkeit zugrunde (vgl. Frances, 2013, S. 28–31), und wenn auf ihrer Basis diagnostische Aussagen getroffen werden, bedeutet das letztlich eine Scheingenauigkeit.

1.2.3.2. Funktionale Normalität

Eine zweite Auffassung von Normalität bezieht sich auf das fehlerfreie Funktionieren des Körpers, oder allgemeiner ausgedrückt auf das Funktionieren eines biologischen Systems. Tebartz van Elst (2016) sieht hier eine starke Analogie zum alltäglichen Verständnis des Funktionierens eines technischen Systems, weshalb er diese Art der Normalität eine „technische Größe“ (S. 22) nennt. Entscheidend ist dabei, dass das Augenmerk auf dem Ausfall, dem Defekt oder der partiellen Einschränkung einer erwarteten Funktion liegt. Ein Beispiel hierfür aus dem Bereich der somatischen Medizin wäre die Diabetes mellitus, bei der eine bestimmte Stoffwechselfunktion im Verdauungssystem gar nicht mehr (Typ I) oder nicht mehr ausreichend (Typ II) funktioniert. Tebartz van Elst (2016, S. 23–24) merkt dazu an, dass dieses mechanistische Denkmodell in den letzten Jahrhunderten gerade im Medizinbereich extrem erfolgreich war und dazu geführt hat, dass eine große Bandbreite an Erkrankungen und Funktionsstörungen, ja sogar gewisse genetisch bedingten Krankheiten verstanden und erfolgreich behandelt werden können.

Ganz offensichtlich hat das mechanistisch-funktionale Normalitätsverständnis auch im Bereich der psychischen Erkrankungen Eingang gefunden. Es scheint aber, dass sein Erklärungspotenzial hier doch deutlich eingeschränkter ist. Als Beispiel sei die Monoaminmangelhypothese (van Calker, 2012, S. 75) erwähnt, die das Phänomen depressiver Erkrankungen

doch bei weitem nicht vollständig zu erklären vermag (Benkert & Hippus, 2013, S. 1). Entsprechend eingeschränkt ist dann auch die daraus abgeleitete Wirksamkeit von Selektiven Serotonin-Aufnahme-Hemmer (SSRI; vgl. Kirsch et al., 2008; Gibbons, Hur, Brown, Davis & Mann, 2012). Der Grund mag darin liegen, dass für ein funktionales Verständnis bereits sehr vieles über die Zusammenhänge des betreffenden Systems bekannt sein sollte. Dies scheint bei vielen körperlich-physischen Systemen (bzw. Teilsystemen) der Fall zu sein: Es existieren belastbare Kenntnisse über die Funktionsweise des Herz-Kreislauf-Systems, des Verdauungssystems oder über den Bewegungsapparat. Über die Funktionsweise des psychischen Systems bzw. des „Psychischen Apparates“, um Sigmund Freuds Ausdruck zu verwenden, ist dagegen längst nicht so viel gesichertes Wissen verfügbar. Ersatzweise muss auf eine Reihe hypothetischer Annahmen zurückgegriffen werden, die dann wiederum nur indirekt verifiziert werden können.

Ungeachtet dieser Problematik wird im Fachjargon beispielsweise häufig von „dysfunktionalem Verhalten“ gesprochen, ohne dass vorgängig geklärt worden wäre, worin das gegen- teilige „funktionale Verhalten“ bestehen würde. Hierfür müssten wiederum Annahmen zu Zielen, Zwecken, ja sogar einer „ultima ratio“ getroffen werden (vgl. Bischof, 2009, S. 450), über die sich die Fachwelt bei weitem nicht einig ist. Ein Beispiel hierfür wäre die Homosexualität, die man als „dysfunktional“ bezeichnen müsste, wenn Sexualität insgesamt lediglich unter dem Zweck der Fortpflanzung betrachtet würde. Wird dagegen die soziale Funktion der Sexualität stärker in den Fokus gerückt, besteht wiederum kaum Anlass, Homosexualität als weniger funktional gegenüber der Heterosexualität oder Bisexualität zu bezeichnen.

1.2.3.3. Soziale Normalität

Während bei der statistischen Normalität die Deskription aufgrund objektivierbarer Daten und bei der funktionalen Normalität die Schlussfolgerung aufgrund von bekannten oder angenommenen Funktionszusammenhängen im Vordergrund stehen, geht es bei der sozialen Normalität um „Verhaltens- und Verständigungsanforderungen innerhalb einer Gruppe, Subkultur, Kultur, an denen sich das Handeln einzelner Individuen orientieren kann“ (Peters, 2011, S. 369; zit. nach Tebartz van Elst, 2016, S. 25). Diese Definition wird explizit ergänzt mit dem Satz: „Durch soziale Normen wird z.B. auch festgelegt, was als geistesgesund bzw. geisteskrank verstanden wird.“ (S. 369; zit. nach Tebartz van Elst, 2016, S. 25)

Im DSM-5 (APA, 2015) ist folgender Abschnitt zu lesen, von dem einleitend geschrieben wird, dass es sich dabei nicht um eine eigentliche, allumfassende Definition psychischer Störungen handle, – eine solche gebe es gar nicht – dass aber die darin aufgeführten Elemente dennoch als „allgemeine Kriterien“ (S. 26) psychischer Störungen unverzichtbar seien:

Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten. Eine normativ erwartete und kulturell anerkannte Reaktion auf übliche Stressoren oder Verlust, wie z.B. der Tod einer geliebten Person sollte nicht als psychische Störung angesehen werden. Sozial abweichende Verhaltensweisen (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art) und Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft sind keine psychischen Störungen, es sei denn, der Abweichung oder dem Konflikt liegt eine der oben genannten Dysfunktionen zugrunde. (APA, 2015, S. 26)

Auf den statistischen Normbegriff wird in diesem Abschnitt bezeichnenderweise überhaupt nicht referiert, dafür aber – zumindest an einer Stelle – auf den funktionalen Normalitätsbegriff („dysfunktionale ... Prozesse“). Im Übrigen ist die Bezugsnorm, wie Tebartz van Elst (2016, S. 37–40) detailliert herausarbeitet, eine soziale. Das zeigt sich – unter der Prämisse der oben zitierten Definition – bereits im ersten Satz für den Aspekt der klinischen Relevanz, deren Beurteilung je nach historischem oder gesellschaftlichem Kontext variieren dürfte. Auch der Aspekt der durch die Störung verursachte „Behinderung“ wird in einen sozialen Bezugsrahmen gesetzt. Noch expliziter wird beim Ausschluss „normativ erwarteter und kulturell anerkannter Reaktionen“ auf soziale Normen referiert, wobei die Formulierung „übliche Stressoren“ – als Kriterium verstanden – die Auswahl relevanter Ereignisse fast vollständig offenlässt. Schließlich werden „sozial abweichende Verhaltensweisen“ und „Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft“ vom Bereich psychischer Störungen ausgeschlossen, dabei allerdings eine Art Hintertür offengehalten für den Fall, dass das fragliche Verhalten als Dysfunktion erklärbar gemacht werden könnte. (Letzteres dürfte fast immer auf irgendeine Weise gelingen, weil – wie oben dargelegt – dem funktionalen Normverständnis, auf das hier

als Ausweichweg verwiesen wird, eine Reihe hypothetischer Annahmen zugrunde gelegt werden müssen, die ja im Grunde auch beliebig erweiterbar und veränderbar sind.)

Nebst diesen allgemeinen Kriterien wird aber auch bei spezifischen Störungen auf soziale Normen Bezug genommen. Besonders deutlich und explizit zeigt sich dies im Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Im ersten von fünf allgemeinen Kriterien nach DSM-5 (APA, 2015) ist die Rede von einem „überdauernden Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht“ (S. 885). Ganz ähnlich formuliert die ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) das erste allgemeine Kriterium zu Persönlichkeitsstörungen: „Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben („Normen“) ab.“ (S. 234–235) Unter der Prämisse, dass die Gesamtheit der das Urteil und Verhalten bestimmenden Normen als Moral verstanden wird (Häcker & Stapf, 2009, S. 650), konstatiert Tebartz van Elst (2016), dass Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 und in der ICD-10 zugespitzt „als ‚unmoralische psychische Krankheit‘ konzipiert“ seien (S. 59).

Man kann also festhalten, dass soziale Normen ganz wesentlichen Einfluss darauf haben, was als psychisch krank bzw. anormal angesehen wird. An diesem Punkt stellt sich erneut die Frage, ob das Verständnis psychischer Störungen letztlich einfach transienten gesellschaftlichen Konventionen entsprechen muss, also dem „Ausdruck einer Mehrheitsmeinung, die sich im mehr oder weniger offenen oder gelenkten Diskurs sozialer Referenzgruppen bildet“ (Tebartz van Elst, 2016, S. 40), oder ob sich doch ein epistemischer Ansatz finden lässt, anhand dessen die Schwelle zur psychischen Störung auf objektive Weise erklärbar gemacht werden kann. Ein nicht eben triviales Argument gegen die Auffassung, dass psychische Störungen das Ergebnis von beliebig auszuhandelnden gesellschaftlichen Konventionen sind, gibt Tebartz van Elst (2017) selbst an anderer Stelle, indem er aufzeigt, dass die Erscheinungsformen dessen, was heute allgemein als „Schizophrenie“ bekannt ist, bereits in 5000 Jahre alten Schriften beschrieben wurden (S. 62). Insofern scheint es also aus historischer Perspektive bestimmte Konstanten zu geben, was sich als sozial auffällig – in gewissen sozioökonomischen Kontexten bisweilen vielleicht sogar als sozial untragbar – erweist und damit im schlimmsten Fall der Ausgrenzung preisgegeben wird.

Doch selbst wenn eine historische Perspektive mitberücksichtigt wird, bietet der Ansatz der sozialen Norm bei weitem keinen sicheren epistemischen Bezugsrahmen, um die Abgrenzung von psychisch gesund zu psychisch krank zu begründen. Denn dazu müsste letztlich von

sozialen Ansprüchen, d.h. von moralischen Forderungen, auf objektiv vorzufindende Tatsachen geschlossen werden, was offensichtlich ein irreführendes Unterfangen darstellt. Die gegenteilige Vorgehensweise, der sogenannte „naturalistische Trugschluss“, wurde erstmals von David Hume (1711–1776) formuliert. Für sein Verständnis ist zunächst zwischen indikativen und imperativen Aussagen zu unterscheiden: Bei indikativen Aussagen werden Tatsachen festgestellt oder behauptet, es handelt sich also um Seins-Aussagen. In Argumentationen läuft letztlich alles auf die Frage hinaus, ob sie wahr sind oder nicht, und diese Kontrolle des Wahrheitswertes wird Verifikation genannt. Dabei muss eine betreffende Aussage auf andere Aussagen zurückgeführt werden, deren Wahrheitswert bereits als gesichert gilt, sogenannte Prämissen. Hume (1888, S. 469; zit. nach Bischof, 2012, S. 14) stellte seinerzeit fest, dass bei indikativen Aussagen das Hilfsverb „ist“ ganz häufig durch „soll“ oder „darf“ ersetzt wird. In der Folge geht es dann aber nicht um Sachverhalte, sondern um Handlungsregeln. Die Begründung von solchen imperativen Sätzen liegt nicht in der Verifikation, sondern in ihrer Legitimation. Die Formulierung des naturalistischen Trugschlusses weist nun darauf hin, dass es keine logische Verknüpfung zwischen imperativen und indikativen Aussagen geben kann: Von Tatsachen können nicht nach den Regeln der Logik moralische Ansprüche oder Feststellungen abgeleitet werden. Bischof (2012) ergänzt diese Art Denkfehler um die analoge Umkehrung, die er „moralistischer Trugschluss“ (S. 16) nennt: Hier wird von einer imperativen Aussage („wie es sein soll“) auf eine indikative Aussage („so ist es“) geschlossen. Genau dies würde geschehen, wenn die Grenze zur psychischen Krankheit unkritisch aus sozialen Normen abgeleitet würde.

1.2.3.4. Subjektive Normalität

Ein viertes Konzept von Normalität orientiert sich an innersubjektiven Erfahrungen. Es wird bezeichnenderweise in der Literatur kaum erörtert, hat aber dennoch Eingang in das heutige Verständnis psychischer Störungen gefunden, nämlich über den Aspekt des subjektiv empfundenen Leids. Als Kriterium für eine psychische Erkrankung war subjektives Leid in den 1970er Jahren Gegenstand einer lebhaften Debatte unter Psychiatern und Psychoanalytikern und zwar im Rahmen der Neukonzipierung des DSM-III. Robert Spitzer, der Vorsitzende des DSM-III-Komitees, stellte am Jahrestreffen der APA 1976 eine Definition psychischer Störungen vor, welche „subjective distress“ als ein allgemeines Kriterium enthielt. Als besonders fragwürdig wurde dies von seinen Kollegen im Bereich der sexuellen Störungen erachtet und hier insbesondere in Bezug auf Homosexualität. Spitzer selbst stellte sich zunächst auf den

Standpunkt, dass Homosexualität nur dann als eine „Störung der sexuellen Orientierung“ aufgefasst werden sollte, wenn sie eben mit subjektivem Leid des Betroffenen verbunden sei.³ Im Zeitraum von etwa eineinhalb Jahren – und unter dem Druck vieler seiner Berufskollegen, die Homosexualität als krankhafte Abnormität verstanden wissen wollten – änderte Spitzer seine Auffassung und schlug als Alternative das Kriterium des „Nachteils“ (disadvantage) vor, der sich aufgrund der Störung für den Betroffenen ergeben sollte. In einer Mitteilung an das Subkomitee für sexuelle Störungen begründete Spitzer seinen Gesinnungswandel interessanterweise mit dem Verweis auf eine orgastische „Funktionsstörung“, die er nun hinter dem Phänomen der Homosexualität ortete (Decker, 2013, S. 156–161). Trotz dieser vorübergehenden konzeptionellen Verschiebung von „subjektivem Leid“ hin zum – zumindest der Nomenklatur nach – leichter zu objektivierenden Konzept des „Nachteils“ findet sich im DSM-5 wieder eine Orientierung an einer subjektiven Norm. Wie bereits weiter oben zitiert, sind psychische Störungen demnach „typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung“ (APA, 2015, S. 26). Insgesamt fand dieses subjektive Kriterium sogar eine generelle Aufwertung, indem es nicht nur als Bestandteil der übergeordneten, allgemeinen Kriterien einer psychischen Störung, sondern auch auf der Ebene der operationalen Definitionen fast jeder einzelnen Störung noch einmal explizit erwähnt wird (vgl. APA, 2015).

Man mag sich nun die Frage stellen, wie die subjektive Normalität, bzw. bei Abweichungen davon das subjektiv empfundene Leid erfasst, gemessen und objektiviert werden kann. In Tebartz van Elsts (2016, S. 39) Verständnis sollten die täglichen Erfahrungen mit dem eigenen Körper am ehesten als eine statistische Norm verstanden werden, da sie sich über eine Vielzahl ähnlicher Situationen aggregiert. Dem ist zu entgegnen, dass Kognitionsforscher wie Gerd Gigerenzer (z.B. Gigerenzer, 2015) oder Steven Pinker (z.B. Pinker, 1998) immer wieder darauf hinweisen, wie stark begrenzt der menschliche Geist im alltäglichen Umgang mit statistischem Datenmaterial ist. Obschon sich also auf der Basis wiederholter Erfahrungen sicherlich ein gewisser subjektiver Erwartungswert beispielsweise hinsichtlich der eigenen Kognitionsleistung oder auch des eigenen Verhaltens in bestimmten Kontexten einstellen mag, darf man kaum davon ausgehen, dass der menschliche Geist statistische Methoden verwendet, um aufgrund dieser „Datenbasis“ eine Abweichung vom Erwartungswert zu eruieren. Viel eher kommen hier Heuristiken zum Zug, denen letztlich ein funktionales Normverständnis der eigenen psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit zugrunde liegt. Ab

³ Einige Exponenten afroamerikanischer Psychiater regten zur gleichen Zeit an, auch Rassismus als eine DSM-III-Diagnose zu konzipieren. Auch hier argumentierte Spitzer, dass dies – aufgrund seines Vorschlags der allgemeinen Definition – nur dann der Fall sein sollte, wenn damit „subjektives Leid“ für den Betroffenen (d.h. für den Rassisten) einherginge (Decker, 2013, S. 157).

wann nun aber ein „Defekt“ in diesem funktionalen Normverständnis als solcher interpretiert wird, ist eine ebenso hochgradig individuelle Angelegenheit, wie der Umstand, ob und in welchem Ausmaß daraus empfundenes Leid entsteht. Das hat weitreichende Konsequenzen und zwar sowohl auf praktisch diagnostischer wie auch auf epistemischer Ebene: Obwohl der konkrete Anlass, sich überhaupt einem diagnostischen Prozess zu unterziehen, für die weitaus meisten Patienten eben in diesem subjektiven Leid begründet liegt, ist dessen Spannweite so groß, dass einem Diagnostiker eigentlich wiederum operationalisierte Kriterien zur Verfügung gestellt werden müssten, damit er das Leid zumindest ansatzweise objektivieren kann. Auf epistemischer Ebene zeigt sich aber – wie weiter oben zum Leib-Seele-Problem dargelegt – dass es bislang keinerlei Anhaltspunkte gibt, um subjektive Empfindungen in irgendeiner Weise zu objektivieren. Insofern liefert auch das subjektive Normverständnis keinen gültigen Anhaltspunkt für die Frage, was als psychisch krank bzw. gesund eingestuft werden soll.

1.2.4. Strikes and Balls – eine Analogie

Auf sehr anschauliche Weise vergleichen Frances und Widiger (2012) die epistemischen Schwierigkeiten mit einem Baseball-Spiel: Der „pitcher“ wirft hier den Ball in Richtung des „batters“, der ihn mit einem Schläger innerhalb einer markierten Zone abzuschlagen hat. Verfehlt der Batter den Ball, so gilt dies als „strike“, was negativ gegen den Batter gezählt wird. Wenn der Ball nicht korrekt durch die Zone geworfen wird, und ihn der Batter deswegen verfehlt, zählt dies jedoch nicht negativ gegen ihn. Ein Schiedsrichter entscheidet zwischen Strikes und Balls, was ein schwieriges Unterfangen darstellt, da er ein komplexes Regelwerk mit vielen technischen Varianten und Details zu berücksichtigen hat. Frances und Widiger (2012) benennen nun vier „epistemische“ Einstellungen von vier verschiedenen Schiedsrichtern und ziehen jeweils eine Parallele zur Epistemologie psychischer Erkrankungen bzw. Störungen:

Der erste Schiedsrichter behauptet: „Es gibt Balls, und es gibt Strikes, und ich benenne sie so, wie sie existieren.“ Demnach sind psychische Störungen reale Dinge, die „da draußen“ existieren, und deren wahres Wesen sich durch wissenschaftliche Untersuchungen entdecken lässt (Frances & Widiger, 2012; Übersetzung nach Stieglitz & Hiller, 2013). Dieser Ansatz wird auch als Realdefinition bezeichnet und geht davon aus, dass die Forschung notwendiger-

weise und unabhängig von den angewandten Methoden immer wieder auf dieselben, „natürlichen“ Krankheitseinheiten stoßen wird. Ein historisch prominenter Vertreter dieses Ansatzes ist sicherlich Emil Kraepelin (Hoff, 2005).

Der zweite Schiedsrichter ist epistemisch etwas kritischer und meint: „Es gibt Balls und es gibt Strikes, und ich benenne sie so, wie ich sie sehe.“ Psychische Störungen sind demnach nichts anderes als hilfreiche, heuristische Konstrukte (Frances & Widiger, 2012; Übersetzung nach Stieglitz & Hiller, 2013). Dieser zweite Ansatz wird als Nominaldefinition bezeichnet und betont, dass es sich bei dem, was unter psychischen Störungen verstanden wird, letztlich um psychopathologische Konventionen handelt, wobei Experten gemäß dem aktuellen Wissensstand Kriterien für die jeweiligen begrifflichen Konstrukte festlegen (Hoff, 2005). Diese Konstrukte beziehen sich zwar durchaus auf „reale“ Sachverhalte, aber die diagnostische Grenzziehung zwischen diesen Sachverhalten wird nicht mehr als „naturegegeben“ betrachtet. Entsprechend unklar ist auch, was als Validierungskriterium für die Grenzziehung dienen soll. Dieser Ansatz wird heute von den meisten Wissenschaftlern, die sich mit psychiatrischer Diagnostik befassen, als gemeinsamer Nenner betrachtet. (Frances & Widiger, 2012; Stieglitz & Hiller, 2013)

Der dritte Schiedsrichter ist noch etwas skeptischer bezüglich unserer Erkenntnisfähigkeit, er meint: „Es existieren weder Balls noch Strikes, sondern es gibt sie erst, wenn ich sie benannt habe.“ Psychische Störungen können nach dieser Auffassung gar nicht aufgrund objektiver, empirisch überprüfbarer Kriterien gestellt werden, sie sind lediglich Ausdruck einer subjektiven Bewertung (Frances & Widiger, 2012; Stieglitz & Hiller, 2013). Dieser dritte Ansatz wird als konstruktivistisch bezeichnet und betont insbesondere, dass die Etikettierung als psychisch krank auf sozialer Ebene zu Willkür und Machtmissbrauch führen kann. Ein prominenter Vertreter dieser Auffassung war der US-amerikanische Psychiater Thomas S. Szasz (1920–2012; z.B. Szasz, 1974). Zugutehalten kann man diesem Ansatz, dass die Diagnostik psychischer Störungen tatsächlich in vielen Kontexten als politisches Instrumentarium missbraucht wurde und wird (Frances & Widiger, 2012; Stieglitz & Hiller, 2013).

Der vierte Schiedsrichter schließlich ist ganz pragmatisch: „Ich benenne Balls und Strikes entsprechend den Anforderungen meines Gebrauchs.“ („I call balls and strikes according to how I need to use them.“) Hier steht primär der Zweck im Vordergrund, dementsprechend die psychiatrische Diagnostik gestaltet werden sollte (Frances & Widiger, 2012). Dieser vierte Ansatz wird von Frances und Widiger (2012) nicht weiter expliziert und von Stieg-

litz und Hiller (2013) gar nicht erst erwähnt. Im Grund repräsentiert er auch gar keine epistemische Haltung, da die Frage nach Erkenntnis darin gänzlich ausgeklammert wird. Damit gerät er in die Nähe einer Formulierung von Maddux und Kollegen (2008; zit. nach Frances & Widiger, 2012), die insbesondere die offene Flanke zur Tautologie ironisiert, welche vielen Definitionsversuchen psychischer Störungen innewohnt: „Mental disorders is what clinicians treat and researchers research and educators teach and insurance companies pay for.“

1.2.5. Fazit II

Zu Beginn dieses Kapitels wurde die Frage aufgeworfen, ob sich die Konzepte psychischer Störungen auf disjunkte, manifeste Zustände beziehen, denen identifizierbare psychische Dysfunktionen zugrunde liegen, oder ob die Abgrenzung willkürlich erfolgt und einzig auf Konvention beruht. Nach erfolgtem Streifzug durch die relevanten epistemischen Problemfelder zeigt sich, dass die Antwort nicht eindeutig ausfallen kann. Psychologie und Psychiatrie haben sich sowohl in der klinischen Praxis als auch in der wissenschaftlichen Theorie einer besonderen Herausforderung zu stellen: dem Leib-Seele-Problem. Auf dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Durchdringung muss das Vorhaben, psychische Zustände auf physische Zustände reduzieren zu können bzw. die beiden Seiten einer Medaille auf irgendeine Weise kohärent zusammenzubringen, nach wie vor als Vision bezeichnet werden. Somit fehlt auch der psychiatrischen Diagnostik die Grundlage, um abnorme psychische Zustände „dingfest“ zu machen. Auf psychische Störungen kann man in diesem Sinne weder mit dem Finger zeigen, noch lassen sie sich in ein Tuch wickeln und wegtragen. Der Grund liegt wesentlich im Umstand, dass sich die gängigen Konzepte abnormer psychischer Zustände hauptsächlich auf Empfindungen beziehen, welche subjektiv erlebt werden. Eine Methode, um subjektive Empfindungen verlustfrei in objektive Tatsache zu überführen, wurde bislang noch nicht gefunden.

Trotz dieser fundamentalen Einschränkung bezüglich der Evidenz psychischer Erkrankungen drängt der menschliche Geist nach Kategorisierungen. Die Ursache hierfür liegt nicht etwa in einem generellen Bedürfnis nach irgendwelcher Ordnung und auch nicht darin, dass individuelle Krankheitsbilder die mentale Speicherkapazität überfordern würde. Kategorien werden gebildet, um daraus Schlussfolgerungen und Vorhersagen ableiten zu können. Das gilt auch für den Bereich der psychischen Störungen. Idealerweise könnten aus bestimmten Störungskategorien geeignete Behandlungsansätze abgeleitet und die Heilungschancen bzw.

Krankheitsverläufe vorhergesagt werden. Bisher scheint aber noch keinerlei Möglichkeit gefunden worden zu sein, um die Kategorisierung psychischer Krankheiten auf der Basis von wissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten vorzunehmen. Als Alternative bleibt daher vorläufig nur eine Kategorisierung anhand von Stereotypen, oberflächlichen, d.h. symptomatischen Ähnlichkeiten und mit entsprechend unscharfen Rändern. Damit ist allerdings noch keine Aussage dazu gemacht, ob ontologische Realkategorien psychischer Erkrankungen existieren oder nicht. Diese Frage muss bis auf Weiteres offenbleiben. Wissenschaftler, die sich der aufgezeigten Problematik bewusst sind, sprechen daher von Nominaldefinitionen psychischer Störungen und lassen die Möglichkeit einer in Zukunft vielleicht gelingenden Annäherung an das „Ding an sich“ im kantschen Sinne offen.

Wenn aber eine klare Identifizierung psychischer Abnormitäten derzeit (noch) nicht gelingt, dann gelten diese Einschränkungen genauso für den gegenteiligen Bereich der psychischen Normalität. Zur Abgrenzung dieser beiden Bereiche erweist sich auch die so häufig eingesetzte Statistik nur als vermeintliches Hilfsmittel: Als mathematisches Verfahren ist sie per se inhaltsleer und vermag daher weder ontologische Einheiten aufzudecken noch die Frage zu beantworten, wie stark ein bestimmter Zustand ausgeprägt sein muss, um als „abnormal“ zu gelten. Vielversprechender erscheint diesbezüglich das Konzept der funktionalen Normalität, wobei dazu sogleich wieder einschränkend festgestellt werden muss, dass es bislang in der Scientific Community noch keinerlei Übereinkunft gibt, wie man sich die generelle Funktionsweise des „psychischen Apparates“ vorzustellen habe. So greift man auch hier auf mehr oder weniger differenzierte Heuristiken zurück, die sich insgesamt jedoch als wenig belastbar erweisen. Aufgrund der Ermangelung einer objektiven Unterscheidungsmöglichkeit zwischen gesund und krank finden unweigerlich soziale und subjektive Vorstellungen des Abnormen ihren Weg in die internationalen Klassifikationssysteme. Problematisch wird dies insbesondere dann, wenn soziale Normen bzw. moralische Werte im Sinne eines „moralistischen Trugschlusses“ als wissenschaftliche Tatbestände missverstanden werden. Die internationalen Verzeichnisse psychischer Störungen zeigen sich in dieser Hinsicht als wenig reflektiert und weisen auch wenig Transparenz auf, welches Normverständnis mit welcher Begründung und auf welche Weise in die bestehenden Nominaldefinitionen Einzug fand.

Somit bleibt festzuhalten, dass es für die Grenzziehung zwischen einzelnen Störungskategorien ebenso wie für die Schwelle zwischen gesund und krank bislang keine objektiven Anhaltspunkte gibt. Solche objektiven Marker zu gewinnen, bleibt die große wissenschaftliche Herausforderung im Bereich der psychiatrischen Diagnostik. Ein erster Schritt in diese

Richtung besteht in der geteilten Auffassung verschiedener Autoren darin, die subjektiven Empfindungen – in diesem Fall von psychisch erkrankten Menschen – im Sinne einer objektivierenden Phänomenologie möglichst exakt und unvoreingenommen zu beschreiben. Dieser Ansatz wird für das Anliegen der vorliegenden Dissertation von zentraler Bedeutung sein. Bevor dies genauer erläutert werden kann, scheint es aber angebracht, einen Blick darauf zu werfen, wie die operationalisierte Diagnostik rund 40 Jahre nach ihrer ersten breit angelegten Realisierung in der Praxis betrieben wird.

1.3. Aktueller Stand der psychiatrischen Diagnostik

In den zwei vorangehenden Kapiteln wurde aufgezeigt, dass die Konzepte und die Einteilung und von psychischen Auffälligkeiten (bzw. Krankheiten) einerseits einem gewissen historischen Wandel unterliegen und andererseits trotz immenser Anstrengungen bis auf den heutigen Tag nicht „dingfest“ gemacht werden können. Trotzdem hat der Drang nach einer gültigen Kategorisierung eine große Berechtigung, nämlich das Bedürfnis, aus den einzelnen Kategorien möglichst treffsichere Aussagen und Prognosen ableiten zu können. In den zuständigen internationalen Gremien einigt man sich daher auf sogenannte Nominaldefinitionen und ist gleichzeitig bestrebt, die jeweils als vorläufig bezeichneten Kategoriensysteme zu verbessern und zu verfeinern. Gleichzeitig müssen Kliniker im Versorgungsalltag mit der Vorläufigkeit und der nicht unerheblichen Komplexität der psychiatrischen Diagnostik irgendwie zurechtkommen. Die konkrete Ausgestaltung der diagnostischen Praxis soll in diesem Kapitel im Vordergrund stehen.

1.3.1. Begriffsbestimmungen

Zunächst lohnt es sich, einige Begriffe inhaltlich zu klären. Insbesondere gilt es zu erläutern, was nach aktuellem wissenschaftlichen Stand als psychische Erkrankung bzw. psychische Störung gilt. Unabdingbar wird auch eine Abgrenzung dessen sein, was unter psychiatrischer Diagnostik zu verstehen sei.

1.3.1.1. Psychiatrische Diagnostik

Die Begriffe Diagnose und Diagnostik werden heutzutage nicht nur in der Medizin, sondern beispielsweise auch in der Meteorologie sowie in technischen Bereichen verwendet. Von der griechischen Wortherkunft ausgehend (dia: durch, hindurch, zwischen, auseinander; gnosis: Erkenntnis) schlagen Wottawa und Hossiep (1987, S. 3; zit. nach Stieglitz, 2008, S. 13) vor, Diagnostik als „Erkenntnisgewinn zur Unterscheidung von Objekten“ aufzufassen. Etwas pragmatischer übersetzt der Duden online das griechische Wort *diagnōstikós* mit „zum Unterscheiden geschickt“ (Bibliographisches Institut, 2019). Relevant scheinen also die beiden Bedeutungen „Unterscheidung“ und „Erkenntnis“ zu sein.

Die vorliegende Dissertationsschrift befasst sich nun aber etwas expliziter mit der Unterscheidung bzw. der Erkenntnis von (krankhaften) Auffälligkeiten im menschlichen Erleben und Verhalten. In einem ersten Schritt lässt sich für diese Eingrenzung der moderne Begriff der psychologischen Diagnostik oder Psychodiagnostik verwenden. Bei Amelang und Zielinski findet sich dafür folgende Definition:

Psychodiagnostik ist eine Methodenlehre im Dienste der Angewandten Psychologie. Soweit Menschen die Merkmalsträger sind, besteht die Aufgabe darin, interindividuelle Unterschiede im Verhalten und Erleben sowie intraindividuelle Merkmale und Veränderungen einschließlich ihrer jeweils relevanten Bedingungen zu erfassen, dass hinlänglich präzise Vorhersagen künftigen Verhaltens und Erlebens sowie deren evtl. Veränderungen in definierten Situationen möglich werden. (Amelang und Zielinski, 1997, S. 3; zit. nach Stieglitz, 2008, S. 13)

Diese Formulierung umfasst also nicht nur krankhafte Veränderungen, die sich beim einzelnen Individuum einstellen, sondern darüber hinaus auch Unterschiedlichkeiten zwischen verschiedenen Individuen. Sie deckt somit auch den ganzen Bereich dessen ab, was die Differenzielle Psychologie bzw. die Persönlichkeitspsychologie zum Gegenstand hat. Außerdem werden nicht nur die Veränderungen bzw. Unterschiedlichkeiten erwähnt, sondern auch deren Bedingungen sowie eine mögliche Prognostik des zukünftigen Verhaltens und Erlebens. Schließlich ist bemerkenswert, dass Diagnostik in diesem Verständnis nicht einfach nur als Lösungsprozess der beschriebenen Aufgaben gesehen wird, sondern als eine eigentliche Methodenlehre. Etwas deutlicher wird dies in der Definition psychologischer Diagnostik von Jäger (1988b, S. 3; zit. nach Stieglitz, 2008, S. 13): „Ihre Funktion besteht darin, eine Methodologie zu entwickeln und anzuwenden. Die Methodologie wird aufgefasst als das Insgesamt von Regeln, Anleitungen, Algorithmen etc. zur Bereitstellung von Instrumenten.“

Aus diesen abstrakten Definitionen lassen sich also zwei verschiedene Prozesse der Psychodiagnostik unterscheiden: Einerseits geht es um einen Vorgang, bei dem ein Individuum anhand bestimmter Merkmale eingeschätzt wird. Andererseits geht es darum, ein übergeordnetes Merkmalssystem zu etablieren, anhand dessen die Einschätzung überhaupt stattfinden kann. Die oben umrissenen Bedeutungen „Unterscheidung“ und „Erkenntnis“ lassen sich nun diesen beiden Prozessen zuordnen, wobei es bei beiden Vorgängen sowohl um eine Unterscheidung als auch um eine Erkenntnis geht. So kann ein Individuum durch den diagnostischen Prozess nicht nur von anderen Individuen unterschieden werden, sondern es wird auch in seiner Wesensart (besser) erkannt. Das übergeordnete Merkmalssystem wiederum kann nur

Erkenntnisse generieren und integrieren, wenn Merkmale voneinander abgegrenzt und unterschieden werden.

Dem modernen Begriff der Psychodiagnostik ging in der ersten Hälfte des 20. Jh. (und vorwiegend im deutschsprachigen Raum) die Bezeichnung Psychopathologie voraus. Damit waren aber – und sind auch heute noch – explizit die „krankhaften Veränderungen des psychischen Erlebens und Handelns“ (Häcker & Stapf, 2009, S. 803) gemeint. Psychopathologie könnte in diesem Sinne als Teilgebiet der Psychodiagnostik aufgefasst werden, allerdings spielt hier die traditionell problematische Grenzziehung zwischen zwei Wissenschaftsdisziplinen mit hinein: Während die Psychopathologie als Grundlage der Psychiatrie, also einer medizinischen Disziplin verstanden wird, sind es v.a. Psychologen, welche die Methodik der Psychodiagnostik zu erlernen haben, praktisch anwenden und wissenschaftlich weiterentwickeln. Innerhalb der (psychologischen) Psychodiagnostik wird oft der Begriff Klinische Diagnostik verwendet, um das Teilgebiet der als krankhaft aufgefassten Veränderungen des Erlebens und Handelns von anderen Teilgebieten wie beispielsweise der Leistungsdiagnostik oder der Persönlichkeitsdiagnostik abzugrenzen. Das erscheint innerhalb der Psychologie als nützlich und sinnvoll, allerdings wird der Begriff der Klinischen Diagnostik im Gebiet der Medizin wieder unspezifischer, weil er sich hier auch auf somatische Krankheiten beziehen lässt. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden die pragmatische Bezeichnung „psychiatrische Diagnostik“ (vgl. Berger, 2012; Stieglitz, 2008, S. 14) verwendet, womit die Methoden und die Prozesse gemeint sind, die das Ziel haben, psychische (krankhafte) Auffälligkeiten und Abnormitäten zu erfassen und zu systematisieren.

1.3.1.2. Deskriptiv-operationalisierte Diagnostik

Im ersten Kapitel (vgl. 1.1) wurde beschrieben, wie sich die beiden internationalen Verzeichnisse für psychische Krankheiten – das Kapitel F der ICD sowie das DSM – auf der Basis bestimmter Vorläufer allmählich zu dem entwickelt haben, was sie heute sind, nämlich Klassifikationssysteme mit detailliert ausformulierten Kriterien sowie einem diagnostischen Algorithmus zu jeder einzelnen Störungseinheit. Die Auflistung von Kriterien ist dabei das entscheidende Merkmal, wenn der Begriff der operationalisierten Diagnostik verwendet wird. Obwohl diese Begriffsverwendung kaum je hinterfragt wird, darf sie an dieser Stelle etwas genauer unter die Lupe genommen werden: Der Begriff der Operationalisierung bzw. der operationalen Definition war ursprünglich auf die Physik zugeschnitten und wurde von Percy Williams

Bridgman (1882–1961) allmählich auf eine Weise erweitert, dass sie auch für Anwendungen in den Sozialwissenschaften passte. Bortz und Döring (2006) formulieren diese Adaptation folgendermaßen:

Eine operationale Definition standardisiert einen Begriff durch die Angabe der Operationen, die zur Erfassung des durch den Begriff bezeichneten Sachverhaltes notwendig sind, oder durch Angabe von messbaren Ereignissen, die das Vorliegen dieses Sachverhaltes anzeigen (Indikatoren). (Bortz & Döring, 2006, S. 63)

Der erste Teil dieser Definition ist deutlich enger gefasst und verlangt die Angabe einer Operation. Obwohl hier nicht explizit beschrieben, ist damit (im Sinne Bridgmans) ein konkreter Messvorgang gemeint (vgl. Bischof, 2016, S. 44; Gravetter & Forzano, 2009). Genaugenommen sind die Angaben solcher Operationen in den aktuellen diagnostischen Verzeichnissen ICD-10 (WHO, Dilling, & Freyberger, 2016) und DSM-5 (APA, Falkai, & Wittchen, 2015) nicht zu finden. Wenn beispielsweise als erstes Kriterium einer depressiven Episode zu lesen ist: „depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend“ (WHO, Dilling, & Freyberger, 2016, S. 135), so ist damit noch nicht festgelegt, wie diese Stimmung zu messen sei. Muss ein Betroffener über die Dauer von zwei Wochen von einer Fachperson im Hinblick auf dieses Merkmal nach einem bestimmten Verfahren beobachtet werden, oder reicht es aus, ihn danach zu befragen? Gibt es konkrete Fragen, die der Diagnostiker im letzteren Fall zu stellen hätte, oder ist es besser, den Betroffenen seine Stimmung in eigenen Worten beschreiben zu lassen? Nach welchen Kriterien sollen individuelle Äußerungen interpretiert werden? In der ICD-10 (WHO, Dilling, & Freyberger, 2016) gibt es für all diese Fragen lediglich einen kleinen Hinweis, wo Informationen über spezifische diagnostische Instrumente zu erhalten sind (S. 501). Im DSM-5 (APA, Falkai, & Wittchen, 2015) sind in einem kurzen Kapitel neben weiterführenden Hinweisen auch einige konkrete Fragebögen zu finden (S. 1009–1026). Trotzdem soll hier festgehalten werden, dass die diagnostischen Kriterien in diesem Sinne lediglich eine Vorstufe zur eigentlichen Messbarkeit von psychischen Störungen darstellen (vgl. Rettew, Lynch, Achenbach, Dumenci und Ivanova, 2009).

Deskriptiv bedeutet beschreibend und bezieht sich in diesem Zusammenhang letztlich auf das Vorhaben der DSM-III-Expertengruppe um Robert Spitzer, ein diagnostisches System ohne namentlich psychoanalytisch geprägte Vorannahmen über psychische Störungen zu

schaffen. Derartige Vorannahmen wurden von den DSM-III-Experten für „ätiologische Spekulationen“ gehalten (Decker, 2013, S. 126; vgl. 1.1.4.1). Obwohl der sogenannte Schulenstreit zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen erst nach dem Erscheinen des DSM-III richtig entbrannte, schien die deskriptive Diagnostik darin doch wie ein gemeinsamer Bezugspunkt. Trotz unterschiedlichen ätiologischen Auffassungen sahen sich die Exponenten der jeweiligen therapeutischen Schulen mehr oder weniger gezwungen, auf die „atheoretisch“ deskriptive Diagnostik Bezug zu nehmen (vgl. Laireiter, 2000). Doch der Verzicht auf ätiologische Konzepte hatte seinen Preis: Offenbar erachtet es keine der zahlreichen psychotherapeutischen Schulen als hilfreich, aus rein deskriptiven Kriterien eine ihrer Theorie entsprechende, individuelle Fallkonzeption abzuleiten. In Deutschland, wo die Kosten für Psychotherapie auch ohne ärztliche Delegation direkt von den Krankenversicherungen getragen werden, ist es Therapeuten dementsprechend gesetzlich vorgeschrieben, pro Patient eine der jeweiligen Theorie entsprechende, individual-ätiologische Fallkonzeption zu erarbeiten und in einem Gutachterverfahren prüfen zu lassen. In der neueren Literatur dazu finden sich beispielsweise Tabellen, um bestimmten ICD-Diagnosen – die hier bezeichnenderweise „symptomatische Diagnosen“ genannt werden – eine Auswahl an möglichen theoretischen Erklärungsansätzen zuzuordnen (Boessmann, 2017, S. 108–112). Vor diesem Hintergrund ist auch die Entstehung der Operationalen Psychodynamischen Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD, 2014) zu sehen, ein psychoanalytisch orientiertes, diagnostisches Bezugssystem (mit deutlich weiterführender Operationalisierung, als dies in der ICD-10 der Fall ist), anhand dessen eine individuelle Fallkonzeption erstellt werden kann. Bemerkenswerterweise gibt es die gesetzliche Vorschrift zur theoriegebundenen Fallkonzeption auch für die Verhaltenstherapie, obschon diese sich mit ihren störungsspezifischen Ansätzen deutlich näher an den Störungskategorien von ICD und DSM orientiert als die psychodynamischen Therapieformen. Für das Erstellen der hier verlangten, individuellen Verhaltensanalyse steht ebenfalls eine umfangreiche Literatur zur Verfügung (z.B. Mütter, 2018).

Auch im Bereich der biomedizinisch orientierten Psychiatrie sowie der Neurowissenschaften wurden in den letzten Jahrzehnten differenzierte Erklärungsmodelle entwickelt, welche nicht nur für die pharmakologische Therapie, sondern auch für den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn im Hinblick auf spezifische Pathogenesen hilfreich sind. Tebartz van Elst (2016) stellt solche beispielsweise für Autismus (S. 121–130), das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS; S. 144–147) und an anderer Stelle für psychotische Symptome dar (Tebartz van Elst, 2017, S. 122–158) vor. Auch hierzu gibt es für die Einzel-

falldiagnostik wiederum spezifische Verfahren wie beispielsweise das funktionelle oder statische Magnetic Resonance Imaging (MRI, fMRI), PET, oder auch Liquorpunktion und -analyse. Um insbesondere in der neurowissenschaftlichen Forschung das ätiologische Denken gewissermaßen wiedereinzuführen, fordert Tebartz van Elst (2016, S. 47) eine Unterscheidung in primäre und sekundäre Störungen. In Analogie zur inneren Medizin wären demnach Störungen als primär zu bezeichnen, wenn für sie keine anderen Ursachen gefunden werden können. Sind Störungen jedoch als pathogenetische Folge einer anderen Störung zu betrachten, würde man sie als sekundär zu bezeichnen.

Der Begriff der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik bedeutet also letztlich, dass für jede diagnostische Einheit (mehr oder weniger gut) messbare Indikatoren definiert werden, wobei die Messung durchgeführt werden kann, ohne dafür auf ätiologische Erklärungsmodelle zurückgreifen zu müssen. Die Nachteile dieser Art von Diagnostik liegen einerseits darin, dass sie die Phänomene psychischer Erkrankungen nicht zu erklären vermag und dass andererseits aus ihr keine unmittelbaren therapeutischen Konsequenzen abgeleitet werden können. Ihre Vorteile sind allerdings nicht zu unterschätzen: Sie stellt eine sowohl für die Klinik als auch für die Forschung unabdingbare begriffliche Struktur dar, die es ermöglicht, Patientenpopulationen zu beschreiben und auf dieser Basis miteinander zu vergleichen. Desweiteren verschafft sie nicht nur Betroffenen und ihren Angehörigen, sondern dem Gesundheitswesen insgesamt eine transparente Nachvollziehbarkeit von diagnostischen Aussagen. Schließlich ist sie in ihrer Eigenart auch weitgehend wertfrei und trägt somit zu einer Versachlichung im gesellschaftlichen Diskurs bei (vgl. Hoff, 2005; Mentzos, 2017, S. 20).

1.3.1.3. Symptom

Obschon dem Begriff des Symptoms in der Medizin allgemein, in der Psychiatrie im Speziellen und im Bereich der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik noch einmal in besonderen Maße ein ganz zentraler Stellenwert zukommt, beinhaltet längst nicht jedes Lehrbuch zu diesem Thema eine eigentliche Definition (vgl. z.B. Stieglitz, Baumann & Freyberger, 2001; Stieglitz, 2008). Die griechische Wortherkunft (sympíptein = zusammenfallen, -treffen, sich zufällig ereignen) lässt sich etwa mit „vorübergehende Eigentümlichkeit“ oder „zufallsbedingter Umstand“ übersetzen (Bibliographisches Institut, 2019). Gerade im Bereich der Medizin ist nun aber der Aspekt der Zufälligkeit aus der Wortbedeutung weggefallen: Unter einem

Symptom wird hier das Anzeichen für eine Krankheit oder sogar die charakteristische Erscheinung einer bestimmten Krankheit verstanden (Bibliographisches Institut, 2019). Aus solcherlei Anzeichen kann demnach auf bestimmte Krankheiten geschlossen werden (Schneider, 2007, S. 61; Häcker & Stapf, 2009, S. 980). Den Aspekt des Rückschlusses auf etwas Zugrundeliegendes konkretisiert Tebartz van Elst in seiner eigenen Definition, der er die weiter oben diskutierte Funktionsnorm (1.2.3.2) zugrunde legt:

„Symptome sind in der Medizin objektive oder subjektive Zeichen einer Funktionsstörung des Organismus eines Lebewesens. Objektive Symptome sind solche, die auch von anderen Menschen gemessen oder beobachtet werden können, wie etwa Fieber, ein Hautausschlag, Husten oder Auswurf. Subjektive Symptome sind solche, die von außen oder durch Dritte nicht unmittelbar objektiviert werden können, wie etwa Schmerzen, ein Müdigkeitsgefühl, Lustlosigkeit, Antriebsmangel etc.“ (Tebartz van Elst, 2016, S. 32)

Offenbar ist sich Tebartz van Elst (2016) der oben diskutierten epistemischen Problematik (vgl. 1.2) bewusst, da er ergänzt, dass die Ursachen der Funktionsstörungen dabei nicht bekannt sein muss (S. 32). Die wichtige Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven Symptomen führt Tebartz van Elst dabei wesentlich griffiger aus, als dies etwa dem Lexikon zur ICD-10-Klassifikation zu entnehmen ist. Dort werden Symptome etwas lakonisch abgehandelt mit den Worten: „Krankheitszeichen als Beschwerde oder objektiver körperlicher oder psychischer Befund“ (WHO & Dilling, 2009, S.178). Diese Unterscheidung berücksichtigt der Psychiater und Psychoanalytiker Stavros Mentzos (2017) nicht, aber auch er stellt einen Bezug zu einer nicht weiter spezifizierten Norm her: „Symptome sind abgrenzbare und charakteristische körperliche oder psychische, von der Norm quantitativ oder qualitativ abweichende Erscheinungen, die meistens auch einen Leidenszustand implizieren“ (S. 19). Bei ihm taucht dafür eine weitere wichtige Eigenschaft auf, nämlich die der Abgrenzbarkeit. Diesen Aspekt hebt Scharfetter (2002) hervor, indem er eine eher methodologische Perspektive einnimmt: „Das Symptom ist die kleinste beschreibbare Untersuchungseinheit in der Psychiatrie“ (S. 24).

An dieser Stelle scheint noch eine weitere Unterscheidung angebracht: Die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 oder DSM-5 sind keineswegs immer gleichzusetzen mit einzelnen Symptomen. Diagnostische Kriterien können zwar krankheitstypische Symptome beinhalten, meistens wird aber in einem einzelnen Kriterium eine Vielzahl an Symptomen erwähnt, von denen dann wiederum eine bestimmte Anzahl vorhanden sein soll, damit das Kriterium

als zutreffend gelten kann. So sind beispielsweise im Kriterium B für eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) drei Unterpunkte aufgeführt, zum ersten nämlich das persistierende Vorliegen einer depressiven Stimmung, zum zweiten ein „Interessen- oder Freudeverlust“ und zum dritten einen „verminderten Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit“. (Man bemerke, dass dabei jeweils zwei Begriffe, die mit einem „oder“ verbunden sind, als ein einzelnes Symptom verstanden werden.) Das Kriterium B stellt zudem die Forderung auf, dass zwei dieser drei Symptome vorliegen müssen. Neben diesen sogenannten depressiven Kernsymptomen sind im Kriterium C für eine leichte depressive Episode insgesamt sieben weitere Unterpunkte aufgeführt, von denen wiederum jeder mehrere, durch „oder“ verbundene Merkmale enthält. Auch hiervon sollte wiederum eine gewisse Anzahl zutreffen, die auch noch mit der Anzahl in Kriterium B verrechnet werden (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 135–136). In anderen Störungskategorien sind solche symptombezogenen Unterpunkte zu einzelnen Kriterien ebenfalls zu finden: Bei der Generalisierten Angststörung werden in einem einzigen Kriterium sogar ganze 22 Unterpunkte aufgelistet, die wiederum in mehrere Unterpunkte zergliedert sind und zusätzlich durch „oder“-Verbindungen mehrere Merkmale pro Unterpunkt aufweisen (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 164–167). Doch damit nicht genug: Zu gewissen Störungskategorien gibt es übergeordnete allgemeine Kriterien, die es für mehrere Unterkategorien zu berücksichtigen gilt. Im Fall der depressiven Episode sind dies beispielsweise die Minstdauer von zwei Wochen, das Nichtvorkommen hypomanischer oder manischer Episoden sowie der Ausschluss der Ursächlichkeit aufgrund psychotroper Substanzen oder organischer psychischer Störungen gemäß Kapitel F0 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 133).

Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen (F60) beinhalten die diagnostischen Kriterien anstelle von Symptomen „Eigenschaften oder Verhaltensweisen“, also Merkmale, die offenbar als überdauernd und prominent gesehen werden. Das weicht deutlich vom Verständnis eines Symptoms als transiente Veränderungen eines funktionalen Zustands ab. So ist beispielsweise beim ersten Unterpunkt des Kriteriums B für die abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung zu lesen: „Ermunterung oder Erlaubnis an andere, die meisten wichtigen Entscheidungen für das eigene Leben zu treffen“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 246).

Im Folgenden soll unter einem Symptom ein mehr oder weniger charakteristisches Anzeichen für eine (bestimmte) Krankheit bzw. für eine organismische Funktionsstörung verstanden werden, wobei die Ursache für die Funktionsstörung nicht zwingend bekannt sein muss. Aus methodologischer Perspektive soll ein Symptom eine möglichst klare Abgrenzbar-

keit gegenüber anderen Symptomen aufweisen und so als kleinste Untersuchungseinheit fungieren. Eine Unterscheidung in subjektive und objektive bzw. objektivierbare Symptome erscheint dabei als hilfreich.

1.3.1.4. Syndrom

Der Begriff des Syndroms scheint zunächst deutlich unverfänglicher. Ganz im Sinne der griechischen Wortherkunft (syndromé = das Zusammenlaufen, Zusammenkommen; Bibliographisches Institut, 2019) beschreibt Stieglitz (2008) ein Syndrom als „interindividuell überzufällig häufig gemeinsam auftretende Symptome oder Symptomkomplexe“ (S. 14). Die Definition von Scharfetter (1985) weist wiederum einen verstärkt methodologischen Zugang auf, wobei er sehr stark von der unmittelbaren Beobachtung ausgeht: „In der klinischen Erfahrung trifft man wiederkehrende typische klinische ‚Bilder‘ an, konstellierte durch häufig in Zusammenhang (im Verband) auftretende Symptome. Diese Symptomverbände nennt man Syndrome. Ein Syndrom ist also eine erscheinungsbildlich typische Symptomkombination (nicht unbedingt ursächlich!)“ (S. 19; zit. nach Stieglitz, 2008, S. 44). Besonders beachtenswert erscheint der in Klammern angebrachte und immerhin mit Ausrufezeichen versehene Hinweis, dass das gemeinsame Auftreten einer Symptomkonstellation nicht mit einer gemeinsamen Ursächlichkeit gleichgesetzt werden darf. Dasselbe hebt auch Tebartz van Elst (2016) hervor, allerdings wiederum mit einer stärkeren Betonung der Funktionsperspektive: „Das Vorhandensein eines Syndroms zeigt nur an, dass eine Funktionsstörung des Organismus besteht, die eben diese Symptomkombination zur Folge hat. Darüber hinaus ist es auch in Hinblick auf die Ursächlichkeit einer solchen Funktionsstörung mit Wahrscheinlichkeit von Bedeutung. Denn die Gleichzeitigkeit des Auftretens solcher Symptome weist auf einheitliche Pathomechanismen hin, die aber nicht mit dem Begriff der Kausalursache verwechselt werden dürfen.“ (S. 34) Vor diesem Hintergrund gelangt Tebartz van Elst (2016) zu seiner eigenen Definition des Begriffs: „Syndrome repräsentieren eine Gruppe von Symptomen, die aufgrund der Organisation des Organismus häufig gemeinsam auftreten“ (S. 34).

Auf einen weiteren Aspekt, der sich primär unter einer statistischen Betrachtungsweise offenbart, weist Stieglitz (2008, S. 44) hin: Zahlreiche klinisch-diagnostische Messinstrumente, sog. Rating-Skalen, sind konstruiert, um Syndrome zu erfassen. In diesem Sinne ist beispielsweise auch das BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) als syndromale Skala zu sehen,

zumal es zwar ein gewisses Spektrum an Depressionssymptomen erfasst, diese aber nicht gemäß dem diagnostischen Algorithmus der ICD oder des DSM für die Diagnose einer Depression auswertet. Entscheidend für die syndromale Kohärenz von Rating-Skalen sind meistens homogenisierende statistische Verfahren wie beispielsweise die Faktorenanalyse. Im Rahmen der faktorenanalytischen Evaluierung einer Rating-Skala werden in der Regel Items (und somit auch Symptome) eliminiert, die zu gering mit den restlichen Items korrelieren. Bühner (2006) weist in Bezug auf Testentwicklungen im Allgemeinen auf die Problematik einer unreflektierten Homogenisierung hin, die in der Praxis oft mit theoretischer Fundierung verwechselt wird (S. 37–38).

Im Folgenden soll unter einem Syndrom eine Gruppe von Symptomen verstanden werden, die interindividuell überzufällig häufig gemeinsam auftreten, wobei die überzufällige Häufigkeit mit statistischen Mitteln festzustellen oder zu überprüfen ist. Der Prozess der statistischen Homogenisierung, wie er beispielsweise im Rahmen einer faktorenanalytischen Validierung stattfindet, ist dabei kritisch zu hinterfragen und dessen Ergebnis nicht per se als Beleg für das Vorhandensein des betreffenden Syndroms zu betrachten. Als Ursache für das gemeinsame Auftreten dürfen zwar dem Organismus immanente Pathomechanismen angenommen werden, aber die Gleichzeitigkeit des Auftretens ist nicht mit Kausalität gleichzusetzen.

1.3.1.5. Krankheit und Störung

Im bisher Geschriebenen wurde bereits ausführlich erörtert, dass es der Wissenschaft bis zum heutigen Tag nicht gelingt, eine eindeutige, objektive Grenze zwischen „gesund“ und „krank“ zu ziehen (vgl. 1.2.3). Das gilt sowohl für den somatisch-medizinischen Bereich, als auch in besonderem Maße im psychiatrischen Bereich. Mit dieser grundsätzlichen Schwierigkeit hatte sich die medizinische Heilkunst seit ihrem Bestehen, nochmals verstärkt aber seit dem Aufkommen moderner naturwissenschaftlicher Erkenntnisansprüche im Verlauf des 20. Jahrhunderts auseinanderzusetzen. Die WHO proklamierte beispielsweise in ihrer Verfassung von 1946: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und seelischen Wohlbefindens – und nicht allein das Fehlen von Krankheiten oder Gebrechen.“ (WHO, 2014). Dass ein mit solcher Absolutheit formulierter Anspruch für die Praxis wenig Gewinn bringt, dürfte klar sein. Helmchen (2003) sieht die einzige Berechtigung dieser Definition darin, „dass Gesundheit hier als regulative Idee im Sinne Kant’s aufgefasst wird.“ Fast schon konträr dazu kursierte lange Zeit die Auffassung, dass die Medizin gar keinen allgemeinen

Krankheitsbegriff benötige, da sie sich ohnehin nur mit Einzelkrankheiten zu befassen habe (vgl. Hess & Herrn, 2015). Ein etwas differenzierterer Ansatz stammt aus der Feder des Psychiaters Karl Kahlbaum (1828–1899), dem unverkennbar ein biologisches Funktionsverständnis zugrunde liegt. Demnach sollte nur dann von einer Krankheit im engeren Sinne gesprochen werden, „wenn eine klare Erstverursachung für ein klinisches Syndrom mit einheitlichem Verlauf, einheitlicher Behandlungsstrategie und einheitlicher Prognose identifizierbar ist“ (Tebartz van Elst, 2016, S. 36). Ein Beispiel dafür, dass es auch im Bereich der Psychiatrie Phänomene gibt, die trotz dieser hohen definitorischen Anforderung den Begriff der Krankheit verdienen, war die Neurosyphilis, eine der häufigsten Erkrankungen in Psychiatrien der damaligen Zeit. Als Erstverursachung konnten bestimmte Bakterien (Spirochäten) identifiziert werden, das klinische Syndrom bestand aus unterschiedlichen Haut-, Gelenk- und neuropsychiatrischen Symptomen, welche im Verlauf in eine komplexe Demenz mündeten und schließlich zum Tod führten. Mit den neu aufgekommenen Antibiotika konnte die Krankheit sogar ursächlich bekämpft werden. (Tebartz van Elst, 2016, S. 36) In der aktuellen Literatur nimmt beispielsweise Stieglitz (2008) Bezug auf eine ähnliche Grundauffassung von Krankheit, indem er fordert, dass nur dann von Krankheit gesprochen werden sollte, wenn eine „spezifische, gemeinsame Ätiologie und, wenn möglich, auch ein einheitliches Ansprechen auf eine Therapie angenommen werden kann“ (S. 14). Doch selbst bei dieser weniger stringenten Formulierung bleibt die Feststellung, dass die meisten psychiatrischen Auffälligkeiten und Abnormitäten bisher nicht auf einem solchen Abstraktionsniveau definiert werden können (Stieglitz, 2008, S. 14; vgl. auch Tebartz van Elst, 2016, S. 36).

Um diesem Problem wenigstens auf verbaler Ebene gerecht zu werden, ist es in der Psychiatrie üblich geworden, nicht von Krankheiten, sondern von „Störungen“ (englisch: disorders) zu sprechen. Im Kapitel F der ICD-10 ist in der Einleitung dazu zu lesen:

„Der Begriff ‚Störung‘ (...) wird in der gesamten Klassifikation verwendet, um den problematischen Gebrauch von Begriffen wie ‚Krankheit‘ oder ‚Erkrankung‘ weitgehend zu vermeiden. ‚Störung‘ ist kein exakter Begriff. Seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch anerkannten Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist.“ (WHO, Dilling, Mombour & Schmidt, 2015, S. 26)

Bisweilen wird argumentiert, durch die Verwendung der Bezeichnung „Störung“ anstelle des früher üblichen Terminus „Erkrankung“ würde die Stigmatisierung von Patienten vermieden (vgl. Mentzos, 2017, S. 19). Einerseits müsste man dann aber die grundsätzliche Frage stellen, ob sich durch Verschiebung der Wortmarke eines Begriffs die tatsächlichen Einschränkungen, welche durch eine psychische Erkrankung entstehen können, beseitigen lassen. Andererseits erscheint auch fraglich, ob ein Betroffener lieber als „krank“ oder lieber als „gestört“ bezeichnet werden möchte.

Im bisher Geschriebenen wurde versucht, den Begriff der Krankheit nur dann zu verwenden, wenn im jeweiligen Kontext die einheitliche Kombination aus spezifischer Ätiologie, Pathogenese, klinischem Syndrom, Verlauf und Behandlung zumindest als Leitidee angedacht war. Da der Begriff der Störung erst an dieser Stelle genauer erläutert werden konnte (und sich historisch auch relativ spät durchsetzte) wurden bisweilen Umschreibungen wie „Abnormitäten“ oder „Auffälligkeiten“ verwendet. Im Folgenden soll die Unterscheidung beibehalten werden, wobei sich der Begriff der Störung auf die in den kategorial aufgebauten operationalisierten Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-III, DSM-IV oder DMS-5 aufgeführten diagnostischen Einheiten bezieht.

1.3.1.6. Befund und Diagnose

Der Begriff des Befundes wird in der Literatur sehr häufig verwendet, allerdings kaum jemals definiert. Gemäß Duden online (Bibliographisches Institut, 2019) ist unter einem Befund das Ergebnis bzw. ein festgestellter Zustand nach einer Untersuchung oder Prüfung zu verstehen. Für die psychiatrische Befunderhebung erläutern Stieglitz und Freyberger (2015) eine ganze Reihe von Teilelementen, welche im Rahmen eines Gesprächs zwischen Arzt bzw. Psychotherapeut und Patient sowie unter Hinzunahme der Information von vorbehandelnden Ärzten und Institutionen, aber auch von Angehörigen in Erfahrung gebracht werden sollten. Dazu gehören soziodemografische Angaben, eine psychiatrische, somatische und familienbezogene Anamnese (d.h. Krankheitsgeschichte), biografische Angaben, somatische Befunde, eine Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur und ein sogenannter Psychopathologischer Befund. Unter letzterem wird eine Zusammenstellung von psychiatrischen Symptomen verstanden, deren Vorliegen entweder beim Patienten zu erfragen oder durch den Untersucher zu beobachten, auf jeden Fall von ihm zu beurteilen ist. In diesem Sinne ist die Befunderhebung als eine mehr

oder weniger breit angelegte Zusammenstellung von Informationen über einen Patienten und das Zustandekommen seiner aktuellen Beschwerden zu verstehen.

Wie weiter oben (1.3.1.1) bereits ausführlicher erläutert, geht der Vorgang einer Diagnosestellung über diese reine Informationsgewinnung hinaus: Während der Befund einzelne, zunächst unzusammenhängende Auffälligkeiten einfach nur festhält, werden diese Basisinformationen anschließend zu einer Diagnose integriert. Gleichzeitig stellt eine Diagnose immer auch eine Referenz auf ein bestehendes Diagnosesystem dar. Hierzu ließe sich die Forderung aufstellen, dass das Diagnosesystem so elaboriert und gestaltet sein sollte, dass letztlich möglichst viel Information aus dem psychiatrischen Befund in der vergebenen Diagnose enthalten ist. Der Begriff der Diagnose bezeichnet in diesem Sinne eine Informationsverdichtung bzw. eine Informationsintegration auf ein höheres Abstraktionsniveau als der reine Befund. Das steht im Einklang mit der von Stieglitz und Freyberger (2015, S. 31) betonten Bedeutung der syndromalen Diagnostik, welche im klinischen Alltag beispielsweise bereits die Grundlage für Behandlungen mit Psychopharmaka darstellen.

1.3.2. Ziele und Zwecke der psychiatrischen Diagnostik

Im ersten Moment mag die Frage trivial erscheinen, wozu Diagnostik in der Psychiatrie eigentlich betrieben wird. Man könnte sie lapidar damit beantworten, dass psychiatrische Diagnostik dazu dient, eine geeignete Therapie zu finden und damit die Krankheit zu beseitigen. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass die Ziele und Zwecke der psychiatrischen Diagnostik sowohl auf praktischer als auch auf konzeptionell-theoretischer Ebene sehr vielfältig sind. Das liegt mitunter daran, dass die Behandlung psychischer Erkrankungen heutzutage in ein komplexes Gesundheitssystem eingebunden ist. Laireiter (2000) führt zehn verschiedene Aufgaben auf, die der Diagnostik in der Psychotherapie zukommen (S. 3–21) und auf die sich auch Stieglitz (2008) bezieht. In Anlehnung an diese Vorlagen sei hier eine Reihe von Aufgaben skizziert:

- Konzeption und Beschreibung: Damit ist gemeint, dass theoretische Konzepte menschlicher Probleme in einem ersten Schritt einfach nur beschrieben und festgehalten werden. Dazu gehört konsequenterweise auch die Unterscheidung dessen, was als „krank“ und was als „gesund“ gelten soll.

- Erstellung einer Klassifikation: Wie weiter oben erläutert (vgl. 1.2.2) ist der menschliche Geist darauf ausgelegt, Kategorien zu bilden. Einzelphänomene sind in diesem Sinne zu übergeordneten Einheiten und Klassen zu aggregieren, was einerseits der Erkenntnis und Fassbarkeit der theoretischen Konzepte dient, andererseits aber auch eine breite Vergleichbarkeit individueller Einzelfälle ermöglicht.
- Identifikation und Zuordnung: Um ein individuelles Beschwerdebild den klassifizierten theoretischen Konzepten zuordnen zu können, müssen entsprechende Methoden entwickelt und im Einzelfall angewandt werden. Dabei findet Diagnostik in einem engeren Sinn statt.
- Indikation: Aufgrund der Zuordnung des individuellen Einzelfalls zu einem theoretischen Konzept kann eine als geeignet erachtete Interventionsstrategie festgelegt werden. Im Rahmen des Krankenversicherungssystems bedeutet dies auch, dass der Zugang zu bestimmten Ressourcen freigegeben wird, und für den Betroffenen, dass er sogar ein Anrecht auf solche Ressourcen hat.
- Fallkonzeption: Idealerweise sollte die zur Beschreibung und Klassifikation benutzte Theorie den Therapeuten auch dazu befähigen, ätiologische und pathogenetische Prozesse zu analysieren und daraus eine Zielvorstellung für die Therapie abzuleiten. Dabei werden die individuellen Beschwerden zu einem „behandelbaren Fall“ gemacht.
- Prognostik: Aufgrund der Fallkonzeption sollte es möglich sein, Hypothesen über die zukünftige Entwicklung der Symptomatik zu generieren und zwar sowohl unter Behandlungsbedingungen als auch ohne Interventionen. Auch das Ansprechen auf eine Therapie sowie ein realistischer Therapieerfolg sollten prognostiziert werden können. Gerade im Rahmen eines komplexen Gesundheitssystems mit solidarisch getragenen (und im Übrigen seit Jahren ständig steigenden) Kosten wird dieser Aspekt immer bedeutungsvoller.
- Prozesssteuerung: Psychiatrische und psychotherapeutische Interventionen sind sowohl auf der biologischen Ebene des Organismus als auch auf interpersoneller Ebene hochkomplexe Prozesse, die sich meist über eine lange Zeit hinweg erstrecken. Die Veränderungen, die sich dabei ergeben oder herbeigeführt werden, sind keineswegs immer nur erwünscht bzw. im Einklang mit der Zielvorstellung, so dass die Notwendigkeit einer ständigen diagnostischen Überprüfung besteht, um gegebenenfalls die Interventionen anpassen zu können.
- Qualitätskontrolle: Die meist lange Behandlungsdauer in einem Setting, bei dem die individuell und persönlich gestaltete Arbeitsbeziehung von zentraler Bedeutung ist,

lässt die Forderung nach einer breit abgestützten Qualitätskontrolle angemessen erscheinen. Dazu gehört auch, dass insbesondere die Indikationsentscheidung, aber auch die Prozessevaluation und Erfolgsmessung, transparent gemacht werden – zumindest soweit, wie es unter Berücksichtigung des Datenschutzes vertretbar ist. In der klinischen Praxis sind hierfür verschiedene Formate etabliert worden, so etwa der Arztbrief oder das in Deutschland übliche Antragsverfahren für Psychotherapie. Gleichzeitig dienen derartige Verschriftlichungen auch der Dokumentationspflicht, die wiederum als Teil der Qualitätskontrolle gesehen werden kann.

- Therapeutischer Effekt: Die diagnostische Zuordnung der individuellen Beschwerden zu einem übergeordneten theoretischen Konzept macht diese nicht zuletzt auch für den Patienten fassbarer und bestenfalls verständlicher. Das kann einerseits eine Erleichterung im Sinne von Hoffnung auf Besserung oder von Teilen eines gemeinsamen Schicksals mit anderen Patienten zur Folge haben, andererseits aber auch eine Belastung im Sinne des Realisierens eingeschränkter Veränderungsmöglichkeiten oder sogar einer Stigmatisierung bedeuten. In beiden Fällen stellt die diagnostische Erkenntnis für den Patienten aber eine Rückmeldung dar, die zu neuen Einsichten führen oder gar einen Selbstreflexionsprozess in Gang setzen kann, was wiederum ein wichtiger, allgemeiner Bestandteil von Psychotherapie darstellt.

Weiter oben (vgl. 1.3.1.2) wurde bereits ausführlich erörtert, dass die deskriptiv-operationalisierte Diagnostik nach ICD oder DSM bei den meisten darin konzipierten Störungsbildern nicht in der Lage ist, all diese Aufgaben zu erfüllen. Eine besondere Einschränkung erfuhr sie durch die Abkopplung von analytisch geprägten Ätiologiemodellen, die bis heute durch keine gültigen Alternativen ersetzt werden konnten. Das macht die theoretischen Konzepte weitgehend inhaltsleer und führt dazu, dass aus ihnen keine eigentliche Fallkonzeption abgeleitet werden kann. Dies wiederum hat auch negative Auswirkungen auf die Prognostik: Wie noch zu zeigen sein wird, ermöglicht die deskriptiv-operationalisierte Diagnostik bislang keine verlässlichen Vorhersagen über die zukünftige Entwicklung des Störungsbildes. Im psychotherapeutischen Rahmen wird aus diesen Gründen auf psychoanalytische oder verhaltensanalytische Konzepte zurückgegriffen, die im Übrigen durchaus auch kategorial aufgebaut sein können (vgl. Mentzos, 2017). In der Neuropsychiatrie zieht man in der Regel eine an biologischen Markern orientierte Diagnostik für die Fallkonzeption hinzu (vgl. Tebarzt van Elst, 2016).

1.3.3. Überblick zu modernen diagnostischen Instrumenten

Auch wenn die modernen diagnostischen Verzeichnisse, namentlich das Kapitel F der ICD-10 und das DSM ab seiner dritten Revision, durch die Auflistung einzelner Kriterien als operationalisierte Diagnosesysteme gelten, blieben sie in Bezug auf die eigentliche Operationalisierung, d.h. die Angabe von konkreten Messvorschriften für die jeweiligen diagnostischen Einheiten, relativ unklar (vgl. 1.3.1.2). Das hatte zur Folge, dass in den letzten Jahrzehnten eine Unmenge an weiterführenden diagnostischen Instrumenten entwickelt wurden, die jeweils ihre spezifischen Vor- und Nachteile aufweisen. Im Folgenden soll ein Überblick zu den wichtigsten Verfahrensgruppen gegeben werden.

1.3.3.1. Checklisten

Im Wissen um die potenziellen Varianz- oder „Fehlerquellen“ bei der Umsetzung der operationalisierten Diagnostik hat die WHO seit Beginn der Entwicklung der ICD-10 konsequent eine Strategie verfolgt, um parallel geeignete Messinstrumente zur Verfügung zu stellen (Stieglitz, 2008, S. 126). Die einfachsten dieser diagnostischen Hilfsmittel sind Checklisten, die im Grunde einfach die diagnostischen Kriterien auf eine übersichtliche Art darstellen, ohne sie dabei in konkrete diagnostische Fragen umzusetzen. Solche Checklisten sind durch den Diagnostiker auszufüllen. Die WHO hat insgesamt 32 störungsspezifische Checklisten, die sogenannten Internationalen Diagnostischen Checklisten (IDCL; Hiller, Zaudig & Mombour, 1995) erstellen lassen, die an den strengeren Forschungskriterien orientiert sind. Ergänzend dazu gibt es die ICD-10 Symptom Checkliste für psychische Störungen (SCL; WHO, 1995), die als Screening gedacht ist und sich an den weniger strengen Klinisch-diagnostischen Leitlinien orientiert. Schließlich wurde die ICD-10 Merkmalsliste (ICDML; Dittmann, Dilling & Freyberger, 1992) entwickelt, welche am umfangreichsten ist, dafür den Gesamtbereich aller Störungen nach ICD-10 und gleichzeitig nach DSM-IV abdeckt. Die ICDML wurde zur Validierung der ICD-10 eingesetzt und dafür von über 800 Patienten bearbeitet (Stieglitz, 2008, S. 129).

1.3.3.2. Strukturierte Interviews

Einen weiteren Schritt in Richtung einer eindeutigen Operationalisierung gehen strukturierte klinische Interviews. Dem Diagnostiker werden dabei konkrete Fragen zur Beurteilung der

diagnostischen Kriterien sowie eine Befragungsstrategie in Form eines Interview-Leitfadens zur Verfügung gestellt. Zum Teil werden auch Anweisungen zur Beurteilung der Antworten von Patienten gegeben, aber meistens bleibt dies dem klinischen Urteil des Diagnostikers überlassen (Stieglitz, 2008, S. 130). Als das bekannteste und weltweit am häufigsten eingesetzte Instrument gilt das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID). Es besteht aus zwei Teilen: Das SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) umfasst die wichtigsten Störungen aus den Abschnitten Affektive Störungen, Angststörungen, Psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen, wobei Querschnitts- und Lebenszeitdiagnosen möglich sind. Das SKID-II (Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) umfasst Persönlichkeitsstörungen, was in der multiaxialen Diagnostik nach DSM-IV der Achse II entspricht. Beide Teile sind im Broschüren- bzw. Buchformat erhältlich und beinhalten zu jedem DSM-IV-Kriterium jeweils eine vorformulierte diagnostische Frage, teilweise ergänzt mit Zusatzfragen. Das Kriterium und die zugehörige Frage sind dabei jeweils in zwei Spalten aufgeführt, so dass die Antwort des Befragten direkt anhand des Kriteriums beurteilt werden kann. Das Kriterium A der „Major Depressive Episode“ wird beispielsweise wie folgt eingeleitet:

„Mindestens 5 der folgenden Symptome haben während des gleichen 2-wöchigen Zeitraumes durchgehend bestanden und stellen eine Veränderung gegenüber der bisherigen Leistungsfähigkeit dar; mindestens 1 Symptom ist 1) depressive Verstimmung oder 2) Verlust von Interesse oder Freude.“ (Wittchen et al., 1997, S. 13)

Hierzu gibt es noch keine diagnostischen Fragen. Die erwähnten Informationen müssen also in den Fragen zu den einzelnen Symptomen eingeholt werden, von denen insgesamt neun abzufragen sind. Das (Unter-)Kriterium zum ersten Symptom liest sich im DSM-IV wie folgt:

„Depressive Verstimmung fast den ganzen Tag lang, fast täglich, entweder nach subjektivem Ermessen (fühlt sich z.B. traurig oder leer) oder für andere beobachtbar (erscheint z.B. weinerlich). Beachten Sie! Bei Kindern und Jugendlichen kann es sich auch um reizbare Stimmung handeln!“ (Wittchen et al., 1997, S. 13)

Dieses Kriterium wird nun anhand der folgenden diagnostischen Frage weiter operationalisiert:

„Während der letzten 4 Wochen ... gab es da eine Zeitspanne, in der Sie sich fast jeden Tag nahezu durchgängig niedergeschlagen oder traurig fühlten? (Können Sie das genauer beschreiben?) Wenn ja: Wie lange hielt dies insgesamt an? (2 Wochen lang?)“ (Wittchen et al., 1997, S. 13)

Dabei fällt auf, dass es doch einige Unterschiede in den Formulierungen gibt. So wird die depressive Stimmung im Kriterium mit den Adjektiven traurig und leer umschrieben, in der Frage dagegen mit niedergeschlagen und traurig. Der Aspekt der Beobachtung fällt im Frage-
teil, der grundsätzlich auch weitere Instruktionen beinhaltet, gänzlich weg. Ebenfalls nicht berücksichtigt wird die erhöhte Reizbarkeit bei Kindern und Jugendlichen. Insgesamt stellt die Frage also eher eine Reduktion der zu erfassenden Informationen dar.

Auch im SKID-II, das auf die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen ausgelegt ist, findet sich eine gewisse Informationsreduktion zwischen Kriterium und der operationalisierenden Frage statt. Das erste Kriterium der Dependenten Persönlichkeitsstörung umfasst „Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen allein zu treffen; benötigt übermäßig viele Ratschläge und Bestätigung durch andere“ (Fydrich et al., 1997, S. 11). Die Frage dazu ist wie folgt formuliert:

„Benötigen Sie häufig Ratschläge oder Bestätigung von anderen, bevor Sie alltägliche Entscheidungen treffen können, zum Beispiel wenn es darum geht, was sie anziehen oder in einem Restaurant bestellen sollen? Können Sie mir einige Beispiele für solche Entscheidungen nennen, für die Sie Rat und Bestätigung bei anderen suchen? (Kommt das fast jeden Tag vor?)“ (Fydrich et al., 1997, S. 11)

Einerseits wird hier also die sehr allgemein gehaltene Formulierung des Kriteriums konkretisiert (Kleiderwahl, Bestellung im Restaurant), andererseits wird dann gewissermaßen das Feld wieder ganz weit geöffnet, indem der Befragte gebeten wird, ähnliche Beispiele zu nennen. Dass insbesondere die Beurteilung der frei zu wählenden Beispiele sehr viel Zeit in Anspruch nehmen kann, mag ein Hauptgrund sein, weshalb die Durchführung solcher strukturierten Interviews teilweise mehrere Stunden dauert (Stieglitz, 2008, S. 136). Desweiteren fällt auf, dass die Fragen zu den Persönlichkeitsstörungen im SKID-II eigentlich von einer sehr guten Reflexionsfähigkeit des Befragten ausgehen, was gerade bei Persönlichkeitsstörungen in der Regel eher nicht der Fall ist (Carlson & Oltmanns, 2015).

Ein weiteres Beispiel für ein häufig eingesetztes strukturiertes Interview ist das Diagnostische Interview für Psychische Störungen (DIPS; Schneider & Margraf, 2011), das sich ebenfalls auf die Kriterien des DSM-IV bezieht. Es wurde eher für den psychotherapeutischen Einsatz entwickelt, erfasst daher beispielsweise keine psychotischen Störungen, dafür aber weiterführende Informationen, die therapeutisch relevant sein können (Stieglitz, 2008, S. 131). Ebenfalls zu erwähnen sind die „Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry“ (SCAN; Gülick-Bailer, Maurer & Häfner, 1995), welche eine Weiterentwicklung der klassischen „Present State Examination“ (PSE-9; Wing, Cooper & Sartorius, 1982) darstellen und als eines der offiziellen Instrumente der WHO gelten (Stieglitz, 2008, S. 131).

Um der Problematik des hohen Zeitaufwandes bei der Durchführung von strukturierten Interviews zu begegnen, wurden teilweise Kurzversionen entwickelt. Das bekannteste ist sicherlich das „Mini-International Neuropsychiatric Interview“ (M.I.N.I.; Sheehan et al., 1998), dessen Durchführungszeit etwa 15 Minuten beträgt. Die zeitliche Reduktion gelingt dabei in erster Linie durch eine Auswahl der zu erfassenden Störungen, von denen im M.I.N.I. lediglich 19 abgefragt werden (Stieglitz, 2008, S. 133). Die Verwendung von sogenannten Sprungregeln dient zwar ebenfalls der zeitlichen Verkürzung, solche sind aber auch schon in den Langversionen enthalten (vgl. Wittchen et al., 1997). Dabei werden für eine bestimmte Störung zunächst nur die entscheidenden (Kern-)Kriterien abgefragt und die weiteren Kriterien übersprungen, wenn erstere nicht zutreffen. Auch vom DIPS gibt es keine Kurzversion, das MINI-DIPS (Margraf, 1994), welches 17 Störungen erfasst und ein sogenanntes Psychose-Screening beinhaltet (Stieglitz, 2008, S. 133).

1.3.3.3. Standardisierte Interviews

In standardisierten Interviews sind nicht nur die einzelnen Fragen, sondern auch der Ablauf der Untersuchung, die Reihenfolge der Fragen, die Kodierung der Antworten und oft sogar noch die Diagnosestellung selbst strikt vorgegeben. Die Standardisierung geht dabei soweit, dass der Interviewer bei Verständnisproblemen des Befragten nur die gesamte Frage oder einen Teil davon wiederholen darf (Stieglitz, 2008, S. 130). Das bislang einzige standardisierte Interview für psychiatrische Diagnostik stellt das „Composite International Diagnostic Interview“ (CIDI; APA & WHO, 1994) dar. Es besteht aus mehreren Modulen, womit sich insgesamt 43 Diagnosen nach DSM-III-R bzw. 64 Diagnosen nach ICD-10 im 12-Monats-Quer-

schnitt oder lebenslänglich erfassen lassen. Eingesetzt wurde es bislang v.a. für epidemiologische Studien und gilt ebenfalls als offizielles Diagnoseinstrument der WHO. (Stieglitz, 2008, S. 133–134)

Die in den diagnostischen Verzeichnissen ICD und DSM so häufig verwendeten Verknüpfungsregeln zwischen einzelnen Kriterien, aber auch zwischen einzelnen Störungen zeigen in ihrem Aufbau durchaus gewisse Analogien zu einem Computerprogramm. So mag es kaum erstaunen, dass es mit der zunehmenden Verbreitung von PCs auch Bestrebungen gab, bei der psychiatrischen Diagnostik computerbasiert vorzugehen. Im deutschsprachigen Raum stellt aber das sogenannte „Expertensystem zur Diagnostik Psychischer Störungen“ (DIA-X; Wittchen et al., 1997) das bislang einzige Unterfangen in dieser Hinsicht dar. Dabei erfolgt nicht nur der Prozess der Diagnosestellung, sondern auch die Interviewführung computergestützt (Stieglitz, 2008, S. 134). Die Vorteile dieses Ansatzes bestehen einerseits darin, dass die Interviewer für die Durchführung und Auswertung eigentlich gar keine klinische Erfahrung mehr benötigen, andererseits aber auch in der Möglichkeit der direkten und zentralen Datenspeicherung ohne Übertragung von handschriftlichen Notizen in Computerdaten.

1.3.3.4. Das AMDP-System

Innerhalb der heute eingesetzten diagnostischen Instrumente nimmt das sogenannte AMDP-System sicherlich in mancher Hinsicht eine Sonderstellung ein. Markant erscheint insbesondere der Umstand, dass es sich nicht primär an den internationalen Verzeichnissen DSM und ICD orientiert, sondern in mehr oder weniger expliziter Abgrenzung davon einen eigenen diagnostischen Bezugsrahmen zur Verfügung stellt. Das Akronym AMDP steht sowohl für die Herausgeberschaft, die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, als auch für das von ihr tradierte System. Dieses besteht aus drei Elementen, nämlich einer Anamnese, welche zwölf Merkmale erfasst, dem sogenannten Psychischen Befund, der auf 100 Symptomen sowie elf Zusatzsymptomen basiert, und dem Somatischen Befund, der aus 40 Symptomen und drei Zusatzsymptomen besteht (Stieglitz & Haug, 2018). Zu diesen drei Elementen gibt es eine Reihe von Materialien für den praktischen Einsatz des Systems. Dazu gehören ein Manual, worin sämtliche Symptome des Psychischen und des Somatischen Befundes jeweils mit einer Definition, Erläuterungen und Beispielen sowie Angaben zur Gradierung aufgeführt sind (AMDP, 2016), ein separater, halbstrukturierter Interview-Leitfaden, worin zu jedem Symptom meist mehrere Varianten an diagnostischen Fragen zu finden sind

(Fähndrich & Stieglitz, 2016) und schließlich eine Reihe von Dokumentationsbögen, auf denen wiederum jedes einzelne Symptom mit Angaben zum Schweregrad beurteilt werden kann. Ergänzend wurden die sogenannten AMDP-Module (Freyberger & Möller, 2004) entwickelt, um die Bereiche der Angst-, Zwangs- und Negativsymptomatik, der Depression sowie der Dissoziation und Konversion besser abzudecken. Neuesten Datums gab die AMDP zudem ein Praxishandbuch (Stieglitz, Haug, Kis, Kleinschmidt & Thiel, 2018) heraus, in welchem unter anderem mehrere Fallbeispiele enthalten sind, anhand derer gewissermaßen ein Brückenschlag zur gängigen ICD-Diagnostik illustriert werden soll.

Die Ursprünge des AMDP-Systems finden sich in den 1950er Jahren, als gleichzeitig in Deutschland und in der Schweiz Bestrebungen im Gange waren, einheitliche Prüf- und Dokumentationssysteme für die neu aufgekommenen Behandlungen mit Psychopharmaka zu entwickeln. Die dahinterstehenden Gruppen von Wissenschaftlern schlossen sich 1965 unter dem Namen AMP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) zusammen. Das gemeinsame Ziel lag fortan darin, eine standardisierte Untersuchungsmethode zu etablieren und damit die internationale Kommunikation über psychiatrische Untersuchungsprobleme zu erleichtern. Eine erste Version wurde 1966 auf einem internationalen Kongress für Psychopharmakologie vorgestellt und 1969 erstmals publiziert. 1971 erschien die erste Auflage eines entsprechenden Manuals. Nach der Durchführung einiger empirischer Studien wurde 1979 eine umfassende Revision abgeschlossen. Die neue Version wurde zur besseren Abgrenzbarkeit AMDP-System genannt. Inzwischen liegen mehrere Sprachversionen vor, darunter eine französische, englische, spanische, japanische und portugiesische. (Baumann & Stieglitz, 1983)

Neben seiner Eigenständigkeit weist das AMDP-System noch ein weiteres Alleinstellungsmerkmal auf: seine Methodik. Hierzu seien drei Aspekte besonders hervorgehoben: die Beurteilungsgrundlage, der Entscheidungsbaum und die Definitionen. Im Gegensatz zu den diagnostischen Verzeichnissen ICD und DSM wird zu jedem einzelnen Symptom des AMDP-Systems angegeben, woher die Informationsgrundlage für dessen Beurteilung stammt. Für sogenannte „F“-Symptome kann nur die Fremdbeobachtung Informationen liefern, Quelle dafür ist meistens der Untersucher selbst, manchmal sind es aber auch Angehörige der Patienten oder deren pflegerische Bezugspersonen. Das gilt für Phänomene in der Mimik und Gestik, im äußeren Erscheinungsbild, im sprachlichen Ausdruck oder im Verhalten allgemein. Im Gegensatz dazu müssen bei sogenannten „S“-Symptomen die Informationen notwendigerweise vom Patienten selbst kommen, sie unterliegen also der Selbstbeobachtung, bzw. im Rahmen

einer Untersuchung der Selbstaussagen von Patienten. Eine dritte Gruppe von Symptomen wird mit „SF“ bezeichnet, die Information dazu kann sowohl vom Patienten als auch von anderen, mit dem Patienten in Kontakt stehenden Personen stammen. Unabhängig davon, aus welcher Quelle die Information zum Symptom stammt, nimmt die Beurteilung über dessen Vorliegen und dessen Ausprägungsgrad immer der Untersucher vor. Das AMDP-System als Ganzes ist somit als Fremdbeurteilungssystem zu bezeichnen. (Haug, 2018)

Der sogenannte Entscheidungsbaum stellt ein Schema für die Beurteilung jedes einzelnen Symptoms und verläuft über vier dichotome Stufen: Im ersten Schritt ist zu entscheiden, ob das Merkmal bzw. Symptom überhaupt beurteilbar ist. Im zweiten Schritt wird die Entscheidungssicherheit überprüft. Ist diese als fraglich einzustufen, so soll zu diesem Symptom – ebenso wie wenn es gar nicht untersuchbar ist – keine Aussage gemacht werden. Ist die Entscheidungsgrundlage dagegen sicher, so wird in einem dritten Schritt beurteilt, ob das Symptom vorhanden ist oder nicht. Der vierte und letzte Schritt bezieht sich dann auf die Quantifizierung, d.h. die Einschätzung, ob das Symptom leicht, mittel oder schwer ausgeprägt ist. (Stieglitz & Haug, 2018, S. 26–28)

Erwähnenswert ist ferner, dass für jedes einzelne Symptom des AMDP-Systems eine eigene Definition vorliegt, die jeweils durch Erläuterungen und Beispiele ergänzt und veranschaulicht wird (AMDP, 2016). Auch dies zeugt vom hohen Wert, den die AMDP ihrer Methodik beimisst. Zwar weist auch das DSM-5 (APA, Falkai, & Wittchen, 2015) ein Glossar der wichtigsten Fachbegriffe auf, doch dieses fällt mit insgesamt 19 Seiten vergleichsweise bescheiden aus. Deutlich umfangreicher ist mit über 200 Seiten das „Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen“ (WHO & Dilling, 2009), allerdings werden hier sehr viele Störungen und Krankheiten aufgeführt, die ja bereits in der eigentlichen ICD-Klassifikation definiert sind.

Da das AMDP-System und insbesondere seine Methodik für die nachfolgenden Ausführungen von zentraler Wichtigkeit sein werden, sei an dieser Stelle auch ein etwas kritischerer Blick erlaubt. Neben seinen Stärken weist das AMDP-System nämlich auch einige Schwachstellen auf. Ein erster Kritikpunkt betrifft die Transparenz in Bezug auf die Auswahl bzw. die Zusammenstellung der Symptome. Dazu sind in der verfügbaren Literatur zum AMDP-System kaum erhellende Angaben zu finden. An einer Stelle ist zu lesen, die Gründer der deutschen Vorläuferversion hätten zwei Skalen vorgestellt, „in denen aufgrund unserer Erfahrungen alle jenen [sic] Merkmale und Symptome aufgeführt sind, deren Erscheinen oder Verschwinden bei der klinischen Prüfung psychisch wirksamer Medikamente registriert werden

sollte“ (Bente, Engelmeier, Heinrich, Hippus und Schmitt, 1960; zit. nach Baumann & Stieglitz, 1983, S. 9). An einer anderen Stelle wird vermerkt, dass „die Auswahl der psychopathologischen Merkmale (...) den Gründern offenbar wenig Schwierigkeiten bereitet [hat], war doch die Basis aller damaligen Mitglieder der Arbeitsgruppe die klassische, d.h. deutsche deskriptive Psychopathologie“ (Fähndrich & Woggon, 1997, S. 15). Tatsächlich finden sich viele Symptombezeichnungen auch in den Texten von Jaspers (1973) und v.a. von Schneider (2007) wieder, wobei aber insbesondere in Bezug auf die Auswahl der Symptome keine eindeutige Entsprechung auszumachen ist. Doch selbst wenn hier eine Adaptation stattgefunden hätte, ist nicht einsichtig, weshalb der Auswahlprozess nicht dokumentiert wurde. Schließlich zählt Mombour (1997) zwar eine Reihe von „seelischen Funktionen“ auf, anhand derer man versucht habe, „eine gewisse Ordnung und Gliederung in die Fülle von Symptomen zu bringen“, aber auch hier bleibt die Herkunft im Dunkeln. Die Einteilung gehe zwar „z.T. noch auf die Antike (Aristoteles) und die Scholastik (Thomas von Aquin)“ zurück, sei aber doch „meist rein hypothetisch“ (S. 22).

Die kaum nachvollziehbaren Kriterien für die Auswahl der Symptome steht aber nicht nur im Konflikt mit den gängigen Ansprüchen wissenschaftlicher Transparenz. Vielmehr stellt sich die Frage, ob die einmal getroffene und über Jahrzehnte tradierte Auswahl von exakt 100 Symptomen in der Lage ist, die heute zu behandelnden Störungsbilder adäquat abzubilden. Dabei fällt erst einmal die große Diskrepanz zwischen den internationalen Verzeichnissen ICD und DSM auf der einen und dem AMDP auf der anderen Seite auf. Bereits für das DSM-IV wurde die Anzahl diagnostischer Kriterien auf 1000 bis 1500 geschätzt, wovon die Mehrzahl symptombezogene Kriterien sind (Stieglitz, 2008, S. 129–130). Diesen Umstand aufgreifend schreiben Stieglitz und Haug (2018), dass viele psychopathologische Symptome in der Praxis eher selten vorkommen und die Gefahr bestehe, dass man in der Routine mit selten auftretenden Symptomen zu viel Aufwand betreiben würde (S. 30). Dieses Argument hat sicherlich seine Berechtigung, aber es beantwortet nicht die Frage, ob die in psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen zu versorgenden Störungsbilder mit der vorgegebenen Symptomauswahl angemessen erfasst werden können. Hierfür scheint ein Blick auf die thematische Verteilung erhellend: Von den 100 AMDP-Items stehen 14 im Zusammenhang mit „Wahn“, weitere sechs mit „Sinnestäuschungen“ und nochmals sechs mit sogenannten „Ich-Störungen“. Insgesamt dient also rund ein Viertel der Items zur Beurteilung von Phänomenen, die fast nur bei psychotischen Störungen auftreten. Im Gegensatz dazu stehen nur jeweils drei Items zur Verfügung, um Angststörungen und Zwangsstörungen abzubilden (vgl. AMDP,

2016, S. 122). Eine Reihe anderer Störungsgruppen, die in klinischen Settings keineswegs selten auftreten, können in ihrer Kernsymptomatik nach ICD bzw. DSM kaum oder gar nicht erfasst werden, darunter Posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Stieglitz et al., 2018). Hier zeigt sich eine deutliche Schwäche des AMDP-Systems: Die Symptomauswahl scheint ungünstig oder zumindest einseitig auf die in heutigen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen zu behandelnden Störungsbilder abgestimmt.

Da die AMDP nur wenig konkrete Gründe nennt, muss über die Einseitigkeit der Symptomauswahl etwas spekuliert werden. Zum einen dürfte die „magische Zahl“ von 100 Symptomen sicherlich eine (wissenschaftlich wohl kaum begründbare) Schwelle darstellen, um den Eindruck eines überschaubaren Systems aufrecht zu erhalten (vgl. AMDP, 2016, S. 122). Für diese These spricht beispielsweise auch, dass in der neunten Auflage elf sogenannte „Zusatzmerkmale“ aufgeführt werden. Dass die AMDP die Problematik aber zur Kenntnis genommen hat, zeigte sich bereits in den 2004 veröffentlichten AMDP-Modulen (Freyberger & Möller, 2004), mit denen eine Reihe von Störungsbildern besser abgebildet werden können. Trotzdem konnte man sich in der AMDP offenbar nicht dazu durchringen, den Kernbereich des Psychiatrischen Befundes zu erweitern und im Gegenzug beispielsweise eine Reduktion der übermäßig vertretenen psychotischen Symptome vorzunehmen. Hier stand die Beibehaltung einer Tradition gepaart mit dem Wunsch nach direkter Vergleichbarkeit früherer erhobener Befunde im Vordergrund:

Die AMDP-Revisionsgruppe hat sich gegen eine Veränderungen [sic] des Basismerkmalsbestandes entschieden, vor allem weil sie die Vergleichbarkeit des Systems mit früheren Anwendungen erhalten wollte. Die Mitglieder der Gruppe waren sich zudem einig, dass heute der größte Nutzen des AMDP-Systems in der Verwendung in Psychopathologie-Trainings liegt und dort die oben genannten „Schwächen“ der Symptomauswahl thematisiert und eventuell sogar didaktisch genutzt werden können. (AMDP, 2016, S. 122–123)

Insbesondere der zweite Satz dieses Zitats macht eigentlich klar, dass die AMDP die Stärke ihres eigenen Systems gar nicht primär in der alltäglichen diagnostischen Praxis sieht, sondern hauptsächlich in dessen didaktischen Möglichkeiten. Auch an anderer Stelle wird die Wichtigkeit von Trainings betont, um die klinische Beobachtung zu schärfen und die psychopathologische Fachsprache klar und differenziert anwenden zu können (Haug & Trabert, 2018). Dies führt wieder zurück zu den oben erläuterten Stärken des Systems, die vor allem dessen

Methodik betreffen. Die Sonderstellung des AMDP-Systems zeigt sich letztlich nämlich auch bei dessen Einordnung in den diagnostischen Prozess: Es soll den Untersucher dazu anhalten, zunächst die Einzelphänomene eines individuellen Störungsbildes exakt und differenziert zu registrieren, um dann erst in einem zweiten Schritt eine verknappende, bestenfalls integrierende Diagnose zu vergeben (vgl. Haug, 2018).

1.3.3.5. Selbstbeurteilungsverfahren

Das Gemeinsame an den bisher vorgestellten Diagnostik-Instrumenten liegt darin, dass sie allesamt Fremdbeurteilungsverfahren darstellen, d.h. der Bewertungsprozess liegt auf Seiten eines unabhängigen Urteilers, wobei dessen eigenen Beobachtungen, Beobachtungen von Dritten sowie Aussagen des Patienten miteinbezogen werden. Davon abzugrenzen sind Selbstbeurteilungsverfahren, bei denen der gesamte Beurteilungsprozess auf Seiten des Patienten liegt (Stieglitz, 2008, S. 44–45). Während beim Einsatz von Fremdbeurteilungsverfahren in der Regel eine diagnostisch geschulte Fachperson die vorliegenden Informationen bewertet, geht man beim Einsatz von Selbstbeurteilungsverfahren davon aus, dass dies eigentlich nicht nötig ist. Das bedeutet aber auch, dass an Selbstbeurteilungsverfahren höhere psychometrische Anforderungen zu stellen sind. In der klinischen Forschungspraxis geht man heute meistens davon aus, dass diese Anforderungen durch die Klassische Testtheorie abgedeckt werden, was allerdings keineswegs unumstritten ist (vgl. 1.2.3.1). Als Folge des damit einhergehenden statistischen Homogenisierungsprozesses sind Selbstbeurteilungsverfahren meistens auf ein einzelnes klinisches Syndrom bezogen. Dem einzelnen Item wird dabei zugunsten des Gesamtkonstrukts weniger Bedeutung beigemessen, so dass der direkte Zusammenhang zwischen einem Item und einem bestimmten Symptom häufig gar nicht genauer betrachtet wird. (vgl. Stieglitz, 2008, S. 44)

Der drastische Vorteil der Selbstbeurteilungsverfahren liegt darin, dass sie sehr ökonomisch einzusetzen sind und naturgemäß eine sehr hohe Objektivität und (Interrater-)Reliabilität aufweisen. Entsprechend beliebt sind sie im Rahmen von klinischen Forschungsprojekten aller Art. Im Verlauf der letzten Jahrzehnte wurde denn auch eine kaum noch überschaubare Vielzahl an Selbstbeurteilungsverfahren entwickelt, die meistens im Fragebogen-Format gehalten sind. So zählte Lambert bereits 1994 für eine eng umschriebene Störung wie der Agoraphobie in 108 Psychotherapie-Outcome-Studien ganze 98 verschiedene Maße (zit. nach Stieglitz, 2008, S. 46). Shumway und Kollegen wiesen im Jahr 2004 darauf hin, dass es ca.

100 verschiedene Depressionsskalen gibt (zit. nach Stieglitz, 2008, S. 46). In der Zwischenzeit dürfte die Anzahl noch einmal deutlich zugenommen haben. In einer Übersichtsarbeit zu 2000 kontrollierten Therapiestudien bei schizophrenen Störungen zeigten Thornley und Adams auf, dass in 1480 Studien insgesamt 640 verschiedene Instrumente für die Outcomemessung eingesetzt wurden, 369 davon nur ein einziges Mal. Für die Erfassung der Psychopathologie wurden in 1250 Studien 194 verschiedene Verfahren eingesetzt (zit. nach Stieglitz, 2008, S. 46). Es liegt auf der Hand, dass unter diesen Umständen ein Vergleich der Studienergebnisse eigentlich kaum noch möglich ist.

Damit sollte ein erster deutlicher Nachteil der Selbstbeurteilungsverfahren klargeworden sein: die Auswahl eines Instruments für diagnostische Zwecke fällt unter Umständen ziemlich schwer. Ein zweiter Nachteil liegt darin, dass Selbstbeurteilungsverfahren in der Regel Syndrome als latente Konstrukte zu erfassen versuchen und die hierfür getroffene Item-Auswahl meist keine direkte Entsprechung zu Symptomen, geschweige denn zu diagnostischen Kriterien aufweist. Eine an Kriterien orientierte Diagnostik kann damit also häufig nicht betrieben werden. Desweiteren ist zu bedenken, dass die Orientierung an einzelnen Syndromen bedeutet, dass mit einem solchen Instrument das Vorliegen anderer Syndrome nicht beurteilt werden kann. Eine Ausschlussdiagnostik ist in diesem Sinne also nicht möglich, es sei denn, man würde einem Patienten eine umfassende Batterie an Syndromskalen zur Bearbeitung vorlegen (vgl. Stieglitz, 2012). Und schließlich ist auch im Auge zu behalten, dass Patienten mit gewissen Störungsbildern wie z.B. einer akuten Psychose, einer manischen Phase oder einer fortgeschrittenen Demenz nicht mehr in der Lage sind, eine zutreffende, adäquate Selbstausskunft über ihren Zustand zu geben.

Um in der unüberschaubaren Vielfalt von störungsspezifischen Fragebögen eine Orientierung zu behalten, kamen inzwischen mehrere Handbücher auf den Markt, worin Fragebögen bzw. psychometrische Tests mit Informationen zu ihrem beabsichtigten Einsatzgebiet sowie den wichtigsten Testgütekriterien vorgestellt werden. Beispiele dafür sind die „Internationalen Skalen für Psychiatrie“ (Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum, 2015) oder das Buch „Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie“ (Geue, Strauß & Brähler, 2016). Auch die „Testzentrale“ von Hogrefe (2019) sowie die darin eingebundene online-Ressource „Hogrefe Testsystem 5“ (Hogrefe, 2019) kann als eine Orientierungshilfe betrachtet werden.

1.3.4. Studien zur Qualität der psychiatrischen Diagnostik

Besonders im Rahmen einer Revision der ICD oder des DSM wird jeweils eine so starke Intensivierung der internationalen Forschung zu diagnostischen Fragestellungen angestoßen, dass mittlerweile eine fast unüberschaubare Fülle an Studien zu dieser Thematik vorliegen. Diese im Detail darzustellen würde den Rahmen dieser Dissertation sprengen und wäre letztlich wohl auch wenig gewinnbringend. Zielführender scheint dagegen, einige Schwerpunkte zu setzen, die im Zusammenhang mit den bisher diskutierten Inhalten eine Ergänzung des Verständnisses ermöglichen.

Wissenschaftliche Messungen werden üblicherweise nach drei aufeinander aufbauenden Gütekriterien beurteilt: Objektivität, Reliabilität und Validität (vgl. Gravetter & Forzano, 2009). Mit Validität ist das Ausmaß gemeint, in dem eine Messmethode tatsächlich das Konstrukt misst, das gemessen werden soll (vgl. Gravetter & Forzano, 2009, S. 76). Reliabilität bezeichnet dagegen das Ausmaß der Stabilität oder Konsistenz einer Messung, insbesondere, wenn verschiedene Messungen unter gleichen Bedingungen erfolgt sind (vgl. Gravetter & Forzano, 2009, S. 82). Unter Objektivität schließlich wird verstanden, in welchem Ausmaß die Messergebnisse unabhängig vom individuellen Untersucher sind (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 195; Gravetter & Forzano, 2009, S. 24). Die drei Gütekriterien stehen in einem aufsteigenden Abhängigkeitsverhältnis: Die Voraussetzung für eine hohe Reliabilität ist eine hohe Objektivität und eine hohe Validität kann nur bei hoher Reliabilität gezeigt bzw. erzielt werden (Bühner, 2006, S. 42–43). Außerdem gibt es zu jedem der drei Gütekriterien jeweils eine Reihe von Subspezifikationen, die in der entsprechenden Fachliteratur ausführlich dargestellt werden (vgl. Bühner, 2006; Bortz & Döring, 2006; Gravetter & Forzano, 2009). Auch im Bereich der psychiatrischen Diagnostik haben die Gütekriterien ihre Gültigkeit. Besonders naheliegend ist das, wenn klinische Selbstbeurteilungsverfahren zum Einsatz kommen, die in diesem Zusammenhang auch oft als „Tests“ bezeichnet und als solche verstanden werden. Darüber hinaus können auch andere diagnostische Prozesse im engeren Sinne, d.h. die Zuordnungen eines individuellen Beschwerdebildes zu klassifizierten theoretischen Konzepten (vgl. 1.3.1.1), als wissenschaftlich fundierte Messvorgänge verstanden werden. Folglich erscheint es angebracht, die allgemeinen Gütekriterien wissenschaftlicher Messungen auch auf die Durchführung und Auswertung von klinischen Interviews oder einfach nur auf die Verwendung eines operationalisierten diagnostischen Manuals wie DSM oder ICD anzuwenden.

1.3.4.1. Validität, Prognostik und DRGs

Bei der Sichtung wissenschaftlicher Studien zur psychiatrischen Diagnostik fällt nun auf, dass die Untersuchungen fast immer auf das Gütekriterium der Reliabilität fokussieren. Hierfür gibt es nachvollziehbare Gründe: Eine Diskussion der Objektivität erübrigt sich weitgehend, wenn zumindest akzeptable Reliabilitätswerte erzielt werden. Was jedoch die Validität angeht, weist die psychiatrische Forschung bekanntlich ein bedeutsames Defizit auf: Man sei – wie schon an anderer Stelle zitiert (vgl. 1.1.4.3) – noch nicht in der Lage, „vollständig validierte diagnostische Einheiten abzuleiten, d.h. konsistente, eindeutige und objektive wissenschaftliche Validierungsmaße für einzelne DSM-Störungen bereitzustellen“ (APA, Falkai, & Wittchen, 2015, S. 5). Hierfür gelten auch heute noch im Wesentlichen die von Robins und Guze (1970) postulierten fünf Schritte: Identifikation und Beschreibung der Störung, Laboruntersuchungen, Abgrenzungen zu anderen Störungen, Nachfolgeuntersuchungen zwecks Identifikation unterschiedlicher Verlaufsmuster sowie Familienstudien (Stieglitz, 2008, S. 140; vgl. 1.1.4.2). Aber nicht nur der zugegebenermaßen hochgesteckte Anspruch von „vollständiger“ Validierung scheint aktuell unerreichbar, es sind auch Teilaspekte davon, die den sich damit beschäftigenden Wissenschaftlern Kopfzerbrechen bereiten.

Ein aktuelles und für das gesellschaftliche Ansehen der Psychiatrie nicht ganz unerhebliches Problem stellt die prognostische Validität dar. Allgemein gesprochen handelt es sich dabei um die Korrelation der Messung mit einem Verhaltensmerkmal, welches zu einem späteren Zeitpunkt gemessen wird (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 200–201; Bühner, 2006, S. 38). Eine ganz konkrete und praxisbezogene Anwendung davon stellt die Einschätzung des zu erbringenden zeitlichen und ressourcenbezogenen Behandlungsaufwandes dar, um ein bestimmtes Störungsbild bis zur Genesung zu therapieren. Eine möglichst präzise Vorhersage wäre im Rahmen der Einführung von sogenannten Diagnostic Related Groups (DRGs) bzw. Fallpauschalen eigentlich dringend nötig. Dabei geht es um eine bestimmte Pauschalvergütung für die Behandlung einer bestimmten Krankheit, welche eine Institution, beispielsweise ein Krankenhaus, erhält und zwar unabhängig von den individuellen Aufwendungen. Für die Berechnung der Pauschale ist dann die gestellte Diagnose in Kombination mit den Nebendiagnosen der entscheidende Faktor. In Deutschland wurde im Jahr 2004 das Abrechnungssystem für die gesamte somatische Medizin auf DRGs umgestellt, nachdem dieses neue System über mehrere Jahre hinweg schrittweise eingeführt wurde (Neumann & Hellwig, 2002). Psychiatrie und Psychosomatik wurden zunächst noch gesondert behandelt, doch mit zunehmendem gesellschaftlich-politischem Druck aufgrund der kontinuierlich steigenden Gesundheitskosten ließ sich der Sonderstatus nicht mehr länger aufrechterhalten. Die Einführung des DRG-Systems

für Psychiatrie und Psychosomatik wurde von politischer Seite vorerst auf das Jahr 2013 angesetzt, inzwischen aber mit einer schrittweisen Einführungsagenda bis ins Jahr 2021 aufgeschoben (Meißner, 2012). Eine direkte Adaptation der DRGs aus der somatischen Medizin erschien dabei als nicht umsetzbar, so dass ein alternatives Modell, die sogenannten Pauschalierenden Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) entwickelt wurde, bei dem die Diagnosen für die Berechnung von Pauschalen weit weniger wichtig sind als im DRG-System. Doch auch hierfür müssen während der jahrelangen Übergangsphase erst einmal relevante und aussagekräftige Daten erhoben werden (Staeck, 2013). Das zentrale Problem bei dieser ganzen Debatte liegt letztlich daran, dass eben der prognostische Schluss von einer Diagnose auf die Behandlungsdauer bzw. den Behandlungsaufwand im Bereich der Psychiatrie – und im Gegensatz zur somatischen Medizin – nicht hinreichend zuverlässig gelingt.

Besonders viel scheint zur Thematik der DRGs nicht geforscht zu werden, wobei die geringe Anzahl an Studien auch am sogenannten „Publication Bias“ liegen könnte, d.h. am Umstand, dass in der gegenwärtigen Forschungspraxis vornehmlich Studien mit positiven signifikanten Ergebnissen publiziert werden (Franco, Malhotra, Simonovits, 2014). In einer etwas älteren APA-Studie wurden insgesamt $n = 757\,016$ Fälle in 15 verschiedene DRGs unterteilt, um auf dieser Basis den benötigten Ressourcenaufwand vorherzusagen. Die Ergebnisse zeigten eine „substanzielle Ungenauigkeit“ (English, Sharfstein, Scherl, Astrachan & Muszynski, 1986). Bei Burgmer, Heuft, Freyberger und Roeder (2003) findet sich ein Überblick zu fünf verschiedenen Studien mit verschiedenen DRG-Modellen und zugehörigen Ergänzungen: Wenn nur DRGs als Prädiktoren verwendet wurden, konnten lediglich 2–8% der gesamten Varianz der Verweildauer und nur 4–5% der Varianz der Kosten erklärt werden. Selbst wenn weitere Patientendaten wie z. B. Geschlecht, Rechtsstatus, Einweisungsmodus, Vorbehandlung, oder Merkmale der klinischen Einrichtung wie z.B. Bettenzahl, Belegung, Vorhandensein einer psychiatrischen Notfalleinrichtung in die Berechnungen miteinbezogen wurden, konnten DRGs höchstens 19% der Varianz erklären. Im Vergleich dazu gelang es beispielsweise im Bereich der neurologischen Rehabilitation, mit einem 18 Items umfassenden Messinstrument immerhin 65% der Varianz der Pflegezeiten pro Patient und pro Tag zu erklären, während das bislang offenbar stärkste zusätzliche Messinstrument für den Schweregrad psychischer Störungen zusammen mit den DRGs lediglich 42% der Verweildauer erklärbar macht (Andreas, Dirmaier, Koch & Schulz, 2003). Eine neuere Studie verwendete sogenannte Classification and Regression Trees (CART) Analysen mit Primärdaten von $n = 696$ Patienten aus 40 stationären psychiatrischen Einrichtungen in mehreren amerikanischen Bundesstaaten. Ein nicht-interaktives Modell, welches auf DRGs, medizinischen Komorbiditäten und Alter

beruhte, konnte lediglich 32% von 76% möglicher Varianz der täglichen Kosten aufklären. Ein vollständig interaktives Modell mit einer Reihe zusätzlicher Variablen schaffte es immerhin, 40% der Varianz aufzuklären. Die Autoren zogen den Schluss, dass DRGs ein „inadäquates Maß“ für die Kostenberechnungen seien (Drozd et al., 2006).

Die Problematik eines fehlenden Außenkriteriums führt dazu, dass man in der Forschungspraxis auf andere Methoden zurückgreift, um die Validität von Messinstrumenten zu beurteilen. Zu nennen wären in erster Linie die konvergente und die diskriminante Validität. Bei ersterer geht es darum, dass die Messergebnisse verschiedener Instrumente, die das gleiche Konstrukt zu messen beabsichtigen (d.h. unterschiedliche Operationalisierungen desselben Konstrukts) ähnlich bzw. ihre Korrelationen hoch sein sollten. Bei der diskriminanten Validität wird dagegen erwartet, dass Messinstrumente, die verschiedene Konstrukte operationalisieren, unterschiedliche Messwerte ergeben und die draus berechneten Korrelationen demnach niedrig ausfallen. Konvergente und diskriminante Validität werden oft zur sogenannten Konstruktvalidität zusammengefasst. (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 203; Bühner, 2006, 39)

Der Nachweis einer Konstruktvalidität spielt v.a. bei klinischen Selbstbeurteilungsinstrumenten eine wichtige Rolle: Da ihre Items meistens nicht in direktem Zusammenhang mit diagnostischen Kriterien stehen, sondern eher syndromale Skalen darstellen (vgl. 1.3.1.4), scheint ein Beleg, dass das beabsichtigte Konstrukt tatsächlich erfasst werden kann, durchaus angebracht. Entsprechend sind solche Angaben jeweils in Testhandbüchern zu finden, die für besonders gut „validierte“ klinische Tests verfasst werden. In der Regel sind sie auch Voraussetzung dafür, dass ein Test in Testhandbücher, Verzeichnisse oder in online-Systeme aufgenommen werden (vgl. 1.3.3.5).

1.3.4.2. Reliabilität diagnostischer Instrumente

Neben Angaben zur Konstruktvalidität sind in Testhandbüchern oder bei Interview-Verfahren in Instruktionsmanualen auch Angaben zu Reliabilitäten des jeweiligen Messinstruments zu finden. Bei Selbstbeurteilungsverfahren häufig genannt werden die interne Konsistenz, d.h. die Korrelation zwischen den einzelnen Items, die Retest-Reliabilität, d.h. die Korrelation zwischen zwei mit zeitlichem Abstand ermittelten Messergebnissen, sowie gelegentlich einer Paralleltestreliabilität, bei dem aus einem Item-Pool jeweils anhand von Item-Analysen Item-Zwillinge gebildet und deren Korrelationen ermittelt werden (Bortz & Döring, 2006, S. 198–

199; Bühner, 2006, S. 35–36). Bei strukturierten und standardisierten Interviews steht dagegen primär die Interrater-Reliabilität im Vordergrund, d.h. die Korrelation zwischen den Messergebnissen zweier unterschiedlicher Beurteiler, welche simultan das gleiche Konstrukt messen (vgl. Gravetter & Forzano, 2009, S. 85).

Selbstbeurteilungsverfahren weisen in der Regel gute Reliabilitätswerte auf. Das liegt zum einen daran, dass sie in ihrer Entwicklung einem statistischen Homogenisierungsprozess unterzogen werden (vgl. 1.3.1.4), der letztlich darauf ausgelegt ist, die interne Konsistenz zu erhöhen, was leider oft genug auf Kosten der Validität geschieht (vgl. Bühner, 2006, S. 37–38). Zum anderen fällt hier die Problematik der Interrater-Reliabilität durch die Standardisierung des Verfahrens und der Beurteilung der gemessenen Werte anhand von Auswertungstabellen weg. Letzteres darf bei gut evaluierten Tests als vorhanden vorausgesetzt werden.

Bei Fremdbeurteilungsverfahren wie strukturierten und standardisierten Interviews steht die Interrater-Reliabilität dagegen ganz im Vordergrund. Als Maß hierfür wird meistens der sogenannte Kappa-Koeffizient (κ) berechnet, gelegentlich auch der Intraclass-Korrelations-Koeffizient (ICC). In der Literatur werden diese Koeffizienten etwas unterschiedlich interpretiert, so dass manchmal ein Kappa von 0,41 bis 0,60 als „mittel“ gilt, manchmal aber auch nur als „mässig“ (Stieglitz, 2008, S. 43). Für die oben erwähnten diagnostischen Instrumente (vgl. 1.3.3.2) wie das SKID, das DIPS, die SCAN, das M.I.N.I., aber auch das AMDP-System finden sich in entsprechenden Evaluationsstudien durchaus zufriedenstellende bis gute Werte (vgl. Stieglitz, 2008, S. 130–136). Allerdings weist Stieglitz (2008) zurecht darauf hin, dass solche Kennzahlen stets die unter optimalsten Bedingungen zu erzielenden Werte darstellen. Sie sagen nichts darüber aus, wie gut die Reliabilität in der Routinediagnostik unter Alltagsbedingungen tatsächlich ist. Eine wesentliche Rolle spielen dabei Schulungen bzw. Rater-Trainings, welche von den zuständigen Autoren beispielsweise für das SKID oder auch für das AMDP-System mit 3-5 Tagen veranschlagt werden.

Die Kennzahlen für die Interrater-Reliabilität kann auch für den generellen Einsatz von operationalisierten diagnostischen Verzeichnissen wie DSM und ICD verwendet werden. Erwähnenswert ist diesbezüglich sicherlich eine Studie von Spitzer und Fleiss (1974) mit einer Übersicht zu Interrater-Reliabilitäten von Störungsgruppen und -subgruppen vor der Einführung der operationalisierten Diagnostik. Während Störungsgruppen wie „Organische Psychosen“, „Intellektuelle Minderbegabung“ oder „Alkoholismus“ jeweils starke κ -Werte zwischen 0,71 und 0,77 aufwiesen, zeigten sich bei „Schizophrenie“ nur noch κ -Werte von 0,57, bei

„Affektiven Erkrankungen“ und „Neurosen“ κ -Werte von 0,41 bzw. 0,40 und bei Persönlichkeitsstörungen nur noch κ -Werte von 0,32. Bei den Subgruppen der „depressiven Erkrankungen“, welche mit „manisch-depressive Erkrankung“, „Involutional Depression“, „Neurotische Depression“ und „Psychotische Depression“ bezeichnet wurden, lagen die κ -Werte noch zwischen 0,33 und 0,24.

Die Verbesserung der Reliabilität in der psychiatrischen Diagnostik war bekanntermaßen das erklärte Ziel bei der Entwicklung der operationalisierten Diagnostik, wie sie erstmals im DSM-III und später dann in der ICD-10 umgesetzt wurde (vgl. 1.1.4 und 1.1.5). Als eine der treibenden Kräfte hinter der Gestaltung der ICD-10 legte Norman Sartorius mit seinen Mitarbeitern (1993, 1995) κ -Werte zu den einzelnen Kapiteln vor und zwar einmal für die diagnostischen Leitlinien und einmal für die Forschungskriterien, welche bekanntlich präziser formuliert sind. In die Leitlinien-Studie (Sartorius et al., 1993) flossen Daten von 711 Ratern in 112 Zentren, welche über 39 Länder verteilt waren, ein. Für die Kapitel F0, F1, F2, F3, F4, F5 und F7 ergaben sich starke κ -Werte zwischen 0,74 (F4) und 0,91 (F5). Einzig das Kapitel F6 (Persönlichkeitsstörungen) wies ein κ -Wert von 0,51 auf. In die Studie mit den Forschungskriterien gingen die Daten von 942 Ratern in 151 Zentren, die über 32 Länder verteilt waren, ein. Auch hier zeigte das Kapitel F6 mit $\kappa = 0,65$ einen deutlich schlechteren Reliabilitätswert auf, wogegen die übrigen Kapitel F0 bis F7 insgesamt leicht höhere κ -Werte zwischen 0,83 (F0, F3, F4) und 0,97 (F7) als die Leitlinien aufwiesen. Der Vergleich der Studien von Spitzer und Fleiss (1974) und Sartorius et al. (1993, 1995) zeigt also deutlich, in welchem Ausmaß die Interrater-Reliabilität durch die Einführung der operationalisierten Diagnostik verbessert werden konnte.

1.3.4.3. Diagnostik in der klinischen Routine

Wie bereits erwähnt, sagen die zitierten Reliabilitätsstudien zu verschiedenen diagnostischen Instrumenten nichts darüber aus, wie hoch die Reliabilitätswerte in der alltäglichen klinischen Routine ausfallen würden, sondern stellen gewissermaßen einen Maximalwert dar, der unter optimalsten Bedingungen erreicht werden kann (Stieglitz, 2008). Überhaupt liegt die Kenntnis von der Qualität der klinischen Alltagsdiagnostik mehrheitlich im Dunkeln. So konnte im Rahmen der für diese Dissertation betriebenen Literaturrecherche keine einzige Studie gefunden werden, die sich mit der Häufigkeit von im Alltag eingesetzten diagnostischen Instrumen-

ten befasst. Trotz der teilweise beachtlichen psychometrischen Qualitäten, die die zur Verfügung stehenden Instrumente aufweisen, muss davon ausgegangen werden, dass sie in der Versorgungspraxis selten bzw. nur bei differenzialdiagnostisch schwierig zu erfassenden Patienten zum Einsatz kommen (vgl. Stieglitz, 2008, S. 136–137).

Miller, Dasher, Collins, Griffiths und Brown (2001) erwähnen, – ohne sich dabei auf empirische Daten zu beziehen – dass die Durchführung eines unstrukturierten Interviews den Normalfall in der klinischen Routinediagnostik darstellt. In ihrer Reliabilitätsstudie mit $n = 56$ hospitalisierten Patienten zeigten sich für die Methode des unstrukturierten Interviews ein Kappa-Wert von $\kappa = 0,43$ (ausreichend), während bei strukturierten und computerunterstützt strukturierten Interviews Kappa-Werte von $\kappa = 0,82$ bzw. $\kappa = 0,81$ (hervorragend) erzielt werden konnten. Noch deutlichere Unterschiede der Kappa-Werte zwischen unstrukturiertem ($\kappa = 0,24$) und computerunterstütztem strukturiertem Interview ($\kappa = 0,75$) ergab sich einer Nachfolgestudie (Miller, 2001) mit drei Gruppen von jeweils $n = 33$, $n = 39$ und $n = 33$ Patienten. Hier zeigte sich außerdem, dass die Gruppe, welche anhand eines computerunterstützten strukturierten Interviews diagnostiziert wurde, eine kürzere Aufenthaltsdauer aufwies und früher auf die Medikation bei Entlassung eingestellt wurde.

In der bislang vermutlich einzigen Meta-Analyse zu diesem Thema berechneten Rettew und Kollegen (2009) auf der Basis von 38 publizierten Studien mit insgesamt $n = 15\,967$ untersuchten Patienten z-transformierte Kappa-Werte, um die Übereinstimmung zwischen strukturierten bzw. standardisierten Interviews und der einfachen „klinischen Beurteilung“ zu bestimmen. Auf einzelne Störungskategorien bezogen zeigten sich enorme Unterschiede: Während sich für die Anorexia nervosa ein durchschnittliches Kappa von $\kappa = 0,86$ ergab, lag selbiges für die Generalisierte Angststörung bei $\kappa = 0,19$. Auf dem Level von übergeordneten Störungsgruppen ergab sich für Essstörungen ein Kappa-Wert von $\kappa = 0,70$ und für Affektive Störungen (inklusive Bipolarer Störung) von $\kappa = 0,14$. Für alle Störungen zusammen zeigte sich ein bescheidener Kappa-Wert von $\kappa = 0,27$. In Bezug auf mögliche Moderatorvariablen ergaben sich besonders deutliche Unterschiede im jeweiligen Behandlungssetting: Während der durchschnittliche Kappa-Wert in ambulanten Settings bei $\kappa = 0,44$ lag, zeigte sich für stationäre Settings lediglich ein Kappa von $\kappa = 0,06$.

Insgesamt offenbaren sich in diesen Studien also deutliche Unterschiede in der diagnostischen Einschätzung von Patienten, wenn die Diagnostik entweder anhand von unstrukturierten Gesprächen oder von strukturierten oder standardisierten Interviews erfolgt. Bei den zi-

tierten Studien handelt es allerdings um Reliabilitätsstudien, d.h. es können dabei nur Aussagen zur Übereinstimmungen in der diagnostischen Beurteilung gemacht werden. Welche Beurteilungsmethode letztlich zu einer „zutreffenderen“ oder „nützlicheren“ Diagnose gelangt, kann anhand dieser Studien nicht entschieden werden. (Einzig in der Studie von Miller, 2001, findet sich ein Hinweis, der in die besagte Richtung geht, nämlich, dass die Patienten aus der Gruppe mit strukturierten diagnostischen Interviews früher auf die Entlassungsmedikation eingestellt wurden. Leider verfehlten die Daten das Signifikanzniveau von 5% knapp, was evtl. an der geringeren Stichprobengröße liegen könnte.) In diesem Zusammenhang zeigt sich also nochmals deutlich, welche Einschränkungen die bislang noch ausbleibende Validierung der diagnostischen Störungskategorien mit sich bringt.

Ebenso wenig können aus den zitierten Studien Erkenntnisse gewonnen werden, welche diagnostischen Hilfsmittel in der Alltagsversorgung wie häufig eingesetzt werden und weshalb. Trotz fehlender Datengrundlage findet sich aber in entsprechenden Fachbüchern die geteilte Einschätzung, dass die zur Verfügung stehenden diagnostischen Instrumente vorwiegend zu Forschungszwecken, nicht aber in der klinischen Routine eingesetzt werden. Über die Gründe muss an dieser Stelle spekuliert werden, einige erscheinen aber doch sehr evident: Ein Haupthindernis für den vermehrten Einsatz diagnostischer Instrumente dürfte die lange Bearbeitungszeit von teilweise mehreren Stunden sein (vgl. Stieglitz, 2008, S. 136). Das Argument, dass diese Zeit in der Alltagsversorgung nicht zur Verfügung steht, greift jedoch zu kurz – schließlich werden psychiatrische Patienten oft über einen Zeitraum von mehreren Wochen hospitalisiert, und ambulante Behandlungen finden manchmal über Jahre hinweg statt. Angemessener scheint daher die Vermutung, dass sich der Gewinn bzw. der Nutzen aus der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik als zu gering erweist, um eine hoch ausgebildete Fachkraft mehrere Stunden damit zu beauftragen. Wie oben dargestellt, kann aus der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik nämlich weder ein umfassender Behandlungsplan noch eine verlässliche Prognostik abgeleitet werden (vgl. 1.3.2). Desweiteren dürfte auch die bisweilen doch ziemlich umständliche Handhabung der verfügbaren Interviewvorlagen eine Rolle spielen. Als kritisch sind beispielsweise die vielen sogenannten Sprungregeln im SKID-I (Wittchen et al., 1997) zu betrachten oder der Umstand, dass die notwendigen Materialien, um einen psychopathologischen Befund nach dem AMDP-System (AMDP, 2016) zu erheben, aus mehreren Büchern und zusätzlichen Rating-Bögen zusammengetragen werden muss. Neben der fehlenden Attraktivität der Arbeitsmaterialien führt jedoch auch dieses Manko letztlich zum Argument des unverhältnismäßigen Zeitaufwands.

1.3.5. Fazit III

Eine wichtige Basis, um wissenschaftliche Erkenntnisse gewinnen zu können, ist eine exakte Begriffsbestimmung. Dabei geht es weniger um die zu verwendende Wortmarke, sondern primär um Festlegung und Abgrenzung des Gemeinten (vgl. Bischof, 2009, S. 38). Bezeichnenderweise finden sich in der Fachliteratur zur psychiatrischen Diagnostik selbst zu so zentralen Begriffen wie Symptom, Syndrom oder Krankheit, aber auch zum Begriff der Diagnostik selbst, teilweise sehr unterschiedliche Definitionen und Beschreibungen. So wurde im ersten Abschnitt dieses Kapitels versucht, die Bedeutung der verwendeten Wortmarken zumindest für den Rahmen dieser Dissertationsschrift genau festzulegen. Dazu gehörte auch eine Abgrenzung der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik zu anderen diagnostischen Ansätzen, welche in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zum Einsatz kommen, so etwa zur psychodynamischen oder zur verhaltensanalytischen Diagnostik.

Obwohl die Bezeichnung „operationalisiert“ eigentlich darauf hindeuten würde, dass in den beiden internationalen Verzeichnissen DSM und ICD konkrete Messvorschriften zu finden sind, trifft dies bei genauerer Betrachtung nur teilweise zu: Die darin aufgeführten Kriterien sind lediglich als Vorstufe einer Messung zu sehen. Sowohl die WHO als auch die APA stellen zur Vervollständigung entsprechende operationale Ergänzungen in Form von strukturierten oder sogar standardisierten Interview-Leitfäden zur Verfügung. Daneben ist in der Forschungspraxis im Verlauf der letzten Jahrzehnte eine unüberschaubare Fülle von Selbstausskunftsverfahren („Fragebögen“) entstanden. Diese durchliefen zwecks statistischer Validierung meist einen faktorenanalytischen Homogenisierungsprozess, der zur Folge hatte, dass sie nur noch ansatzweise an den diagnostischen Kriterien festzumachen und daher als Syndromskalen zu betrachten sind. Eine Sonderstellung im Rahmen der diagnostischen Instrumente nimmt das AMDP-System (AMDP, 2016) ein. Nebst einigen gravierenden Mängeln was die inhaltliche Abstimmung auf die heute zu behandelnden Störungsbilder sowie die Transparenz der Symptomauswahl angeht, besticht das AMDP-System v.a. durch eine differenzierte und durchdachte Methodik.

Die psychiatrische Diagnostik ist heutzutage in ein hochkomplexes Gesundheitssystem eingebunden, auf ihrer Basis werden solidarisch getragenen Kosten in Milliardenhöhe für die Behandlung von Patienten zugewiesen. Entsprechend vielfältig sind ihre Funktionen innerhalb des Versorgungssystems, die im zweiten Abschnitt dieses Kapitels beleuchtet wurden.

Hier zeigten sich bereits die Einschränkungen, welche die Schöpfer der deskriptiv-operationale Diagnostik ihr durch den bewussten Verzicht auf ätiologische Konzepte verpassten: Einerseits können aus ihr keine Fallkonzeptionen bzw. Behandlungspläne direkt abgeleitet werden. Dafür wird beispielsweise in Deutschland durch gesetzliche Bestimmungen explizit auf psychodynamische bzw. verhaltensanalytische Konzepte zurückgegriffen. Andererseits ist auf der Basis der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik bis auf den heutigen Tag keine verlässliche Prognostik möglich.

Studien zur Qualität der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik beschäftigen sich vorwiegend mit der maximal zu erzielenden Reliabilität bei der diagnostischen Beurteilung. Die Erhöhung der Reliabilität war seinerzeit das zentrale Anliegen bei der Entwicklung des DSM-III (APA, 1980), entpuppt sich heute aber – etwas zugespitzt formuliert – als wissenschaftliche Sackgasse. Denn obwohl die Kriterien-Sets der diagnostischen Verzeichnisse und die darauf aufbauenden Interview-Leitfäden eine hohe Übereinstimmung zwischen verschiedenen Beurteilern ermöglichen, fehlt offenbar das, was die Störungskategorien im Innersten zusammenhält – psychometrisch ausgedrückt: die Validität. Besonders gravierend zeigt sich dieser Mangel in Bezug auf die Prognostik: In jüngster Zeit verstärkte sich der politische Druck, dass auch die Psychiatrie ihre Behandlungen über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs) abzurechnen habe. Würden sich die Kriterien-Sets auf disjunkte „natürliche Krankheitseinheiten“ beziehen, wie die Ahnen der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik dies beabsichtigten, so müsste es möglich sein, den Behandlungsverlauf unter bestimmten Behandlungsvoraussetzungen zumindest annähernd vorherzusagen, was dann eine vernünftige Basis für DRGs darstellen könnte. Derlei Prognostik gelingt aber ebenso wenig wie die Assoziation der Störungskategorien mit objektiv erfassbaren, eindeutigen biologischen Markern. Besonders prägnant bringt Nancy Andreasen die Problematik zum Ausdruck, wobei nochmals in Erinnerung gerufen sei, dass sie Maßgebliches zur Entwicklung des DSM-III (APA, 1980) beigetragen hatte:

Validity has been sacrificed to achieve reliability. DSM diagnoses have given researchers a common nomenclature – but probably the wrong one. Although creating standardized diagnoses that would facilitate research was a major goal, DSM diagnoses are not useful for research because of their lack of validity. (Andreasen, 2007)

Doch trotz all der dargelegten Mängel weist die deskriptiv-operationalisierte Diagnostik auch ganz entscheidende Vorteile auf: Erstens ist sie relativ leicht verständlich und kann dadurch

auch von wenig erfahrenen Klinikern angewandt werden. Zweitens stellt sie in einem äußerst vielschichtigen Forschungs- und Behandlungskontext, der mehrere wissenschaftliche Disziplinen und Denkrichtungen einschließt und sich mit der wahrscheinlich komplexesten Struktur dieses Planeten befasst, nämlich dem menschlichen Gehirn, das unabdingbare Medium einer gemeinsamen Sprache zur Verfügung. Drittens hat sie sich in den rund vier Jahrzehnten ihres Bestehens als ein Bezugssystem erwiesen, das zumindest in begrifflicher Hinsicht Orientierung bietet. Vielleicht wird es eines Tages möglich sein, diagnostische Einheiten zu definieren, die mit eindeutigen biologischen Markern in Verbindung stehen und deren Pathogenese sowohl auf somatischer als auch auf psychischer Ebene verstanden wird. Eine in diesem Rahmen stattfindende Diagnostik könnte dann aber auch eine so hohe Komplexität aufweisen, dass sie von Klinikern in der Alltagsversorgung gar nicht mehr realisiert werden kann. Somit wäre die Routinediagnostik vermutlich wieder auf ein eher deskriptiv ausgerichtetes Referenzsystem angewiesen, das formal durchaus Ähnlichkeiten mit den bestehenden Verzeichnissen aufweisen dürfte. Die darin enthaltenen Kategorien würden allerdings auf einem zugrundeliegenden Regelwerk basieren und wären somit deutlich klarer voneinander abzugrenzen.

Bis in jene ferne Zukunft, in der dies alles einmal möglich sein könnte, bleibt es die Aufgabe von Klinikern und Forschern, einen angemessenen Umgang mit der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik zu pflegen, der ihre Vorteile auszunutzen weiß, dabei ihre Schwächen berücksichtigt und die darin enthaltenen Konzepte nicht überstrapaziert. Das Klenico-Projekt sowie die vorliegende Dissertationsschrift sind darauf ausgelegt, einen in diesem Sinne angemessenen Umgang mit der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik zu begünstigen. Das soll auf zwei Ebenen geschehen: Für die klinische Routineversorgung wie auch für Forschungszwecke soll ein einfach einzusetzendes, aber dennoch umfassendes Instrument in Form einer Diagnostik-Software etabliert werden. Methodisch soll dabei ein statistisches Verfahren zum Einsatz kommen, welches dem aktuellen Wissensstand in der psychiatrischen Diagnostik deutlich besser entspricht als bislang verwendete Verfahren.

1.4. Klenico: ein neuer Ansatz in der psychiatrischen Diagnostik

Die drei bisherigen Kapitel dienten dazu, beim Leser ein angemessenes Problembewusstsein für den Bereich der psychiatrischen Diagnostik und insbesondere zur deskriptiv-operationalisierten Diagnostik anzuregen. Die Veröffentlichung des DSM-III (APA, 1980), worin die deskriptiv-operationalisierte Diagnostik erstmals eine umfassende Realisierung fand, wurde – und wird auch heute noch – als großer Umschwung in der Psychiatrie gefeiert. Die staatlichen Etats für Forschung im Bereich der Psychiatrie erhielten in der Folge teils drastische Erhöhungen, was ihr einen gewaltigen Aufschwung verpasste (Frances, 2013). Die WHO übernahm das Prinzip der deskriptiv-operationalen Diagnostik in der 10. Ausgabe des Kapitels F der ICD und ließ – teilweise in Kooperation mit der APA – eine Reihe ergänzender diagnostischer Instrumente entwickeln, um das übergeordnete Ziel einer verbesserten Reliabilität zu erreichen. Das ist gelungen – zumindest auf theoretischer Ebene. Im Rahmen von Forschungsprojekten finden die strukturierten Interview-Leitfäden durchaus ihre Verwendung, auch wenn die Bildung von diagnostisch einheitlichen Patientenstichproben auf diesem Weg einen beträchtlichen Zeitaufwand bedeutet. Wie die psychiatrische Diagnostik dagegen in der Routineversorgung betrieben wird, darüber besteht praktisch kein systematisches Wissen. Hauptsächlich aufgrund des hohen Zeitaufwandes ist davon auszugehen, dass strukturierte Interviews insgesamt selten zum Einsatz kommen.

Ein weiteres Merkmal der internationalen diagnostischen Verzeichnisse ist ihr kategorialer Aufbau. Die Bildung von Kategorien ist eine Grundeigenschaft des menschlichen Geistes und dient im Wesentlichen dazu, Schlussfolgerungen zu ziehen und Vorhersagen abzuleiten (Pinker, 1998). Man hat als Kliniker demnach die natürliche Erwartung, dass sich das Wissen, das über eine bestimmte Störungskategorie bekannt ist, auf einen individuellen Patienten zutrifft, dessen Beschwerden man als dieser Störungskategorie zugehörig diagnostiziert hat. Bestandteile des verfügbaren Wissens könnten unter anderem der optimale Behandlungsansatz sowie der Krankheitsverlauf sein. Leider ist beides auf Basis der deskriptiv-operationalen Diagnostik derzeit kaum oder gar nicht möglich. Das liegt daran, dass die Kategorienbildung der aktuellen diagnostischen Verzeichnisse nicht auf zugrundeliegenden Gesetzmäßigkeiten beruht. Solche wissenschaftlich „aufgedeckten“ Gesetzmäßigkeiten wären gegebenenfalls im Rahmen einer oft in Aussicht gestellten, bislang jedoch nicht realisierten Validierung psychischer Krankheitseinheiten zu eruieren, der in letzter Konsequenz jedoch eine Lösung des

Leib-Seele-Problems vorausgehen müsste. Bis zu einem in Zukunft vielleicht einmal stattfindenden wissenschaftlichen Durchbruch muss für die Kategorisierung von psychischen „Störungen“ auf Stereotypen und oberflächlichen (symptomatischen) Ähnlichkeiten zwischen Merkmalen (vgl. Pinker, 1998) zurückgegriffen werden. Daraus ergeben sich dann notwendigerweise unscharfe Abgrenzungen zwischen den Kategorien, Überschneidungen oder unklare Zuordnungen bzw. auch die Notwendigkeit zur Diagnostizierung von Komorbiditäten. Die bisherige Strategie der WHO und der APA, die diagnostischen Verzeichnisse in immer kleinere Unterkategorien aufzugliedern, stellt keine Lösung des Problems dar und führt tendenziell zu einer Einengung dessen, was als normal bzw. gesund gelten darf (Frances, 2013).

Das Klenico-Projekt zielt darauf ab, für diese beiden Problemzonen der psychiatrischen Diagnostik einen angemessenen Umgang zu finden und pragmatische Lösungen anzubieten: Die große Stärke der deskriptiv-operationalen Diagnostik, ihre Reliabilität, soll mit der Bereitstellung einer umfassenden, jedoch einfach zu bedienenden Diagnostik-Software insbesondere in der Routineversorgung unterstützt werden. Die Problematik der fraglichen Kategorienbildung soll mit einer statistischen Methode angegangen werden, welche die Clusterbildung von Merkmalen nicht nur mathematisch aufbereiten, sondern auch visuell darstellen kann. Schließlich soll damit auch ein Beitrag zu einem konstruktiven, zumindest lösungsorientierten Umgang mit dem Leib-Seele-Problem geleistet werden, nämlich eine möglichst präzise, phänomenologische Erfassung subjektiver Empfindungen von psychisch erkrankten Menschen. Wie dies alles konkret umgesetzt werden kann, wird in diesem Kapitel beschrieben.

1.4.1. Der Robuscal und die Vorläufer des Klenico-Projekts

Die Klenico AG wurde im Jahr 2015 als ein wissenschaftlich orientiertes Spin-off-Unternehmen der Universität Zürich gegründet mit dem Ziel der Entwicklung und Evaluation einer Diagnostik-Software für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungspraxis. Die Ursprünge des Klenico-Projekts liegen allerdings deutlich weiter zurück: Das Kernstück der geplanten Software stellt der sogenannte Robuscal-Algorithmus dar, ein von Prof. Dr. Damian Läge (2001) entwickeltes mathematisches Verfahren aus dem Gebiet der Nonmetrischen Multidimensionalen Skalierung (NMDS; Kruskal, 1964a, 1964b). Allgemein gesprochen ordnet das NMDS-Verfahren Merkmale als Punkte im euklidischen Raum so an, dass die Distanz zwischen den Punkten der jeweiligen Kovarianz der Merkmale entspricht. Merkmale, die häu-

fig gemeinsam vorkommen, gelangen so in der grafischen Abbildung nahe zueinander, während Merkmale, die selten gemeinsam vorkommen, weiter auseinanderliegen. Der iterative Anordnungsprozess beginnt damit, dass das Merkmal, welches am stärksten mit allen anderen kovariiert, in die Mitte der Abbildung platziert wird. Auf diese Weise generiert eine NMDS auf mathematischer Basis ein grafisches Datenmodell, in dem nicht nur Cluster, sondern auch Faktoren – nämlich als polare Verläufe – ersichtlich und somit intuitiv erfassbar werden. Der Robuscal-Algorithmus optimiert das NMDS-Verfahren insbesondere für Datensätze mit Ausreißern oder starkem „Rauschen“ und macht es damit auch für den Einsatz von individuellen Datensätzen robuster (Läge, Daub, Bosia, Jäger & Ryf, 2005; Läge, Ryf, Daub & Jäger, 2008).

Der Robuscal-Algorithmus kam bislang auf verschiedenen psychologischen Gebieten zum Einsatz, beispielweise bei der Erfassung sozialer Motivsysteme oder kognitiver Wissensstrukturen bzw. deren Veränderung durch Lernprozesse. So ergaben sich zahlreiche Anwendungsmöglichkeiten in der Werbe- und Markenpsychologie, in der Didaktik sowie im Bereich der Personalauswahl und -entwicklung. Seit 2004 verdichteten sich allmählich die Bemühungen, das Robuscal-Verfahren für die Psychiatrie nutzbar zu machen. Dies mündete schließlich in ein von der Eidgenössischen Kommission für Technologie und Innovation (KTI; heute: Innosuisse; Innosuisse, 2019) unterstütztes Projekt mit dem Titel „TAMservices® – The Augmented Maps Services for Psychopathology“. In dessen Rahmen entstand eine erste Software-Version zur Erfassung psychopathologischer Daten, welche für den Einsatz in psychiatrischen Kliniken gedacht war. Die Software wurde später umbenannt in „Pelion“ und schließlich in „Klenico“.

Dass sich das NMDS-Verfahren mit integriertem Robuscal-Algorithmus besonders gut für den Bereich der psychiatrischen Diagnostik eignet, zeigt sich in mehrfacher Hinsicht. Zunächst einmal stellt es eine Alternative zu den weitaus häufiger eingesetzten faktorenanalytischen Verfahren dar, denen gegenüber es einige entscheidende Vorteile aufweist: Ein erster Aspekt betrifft die hierarchische Vorgehensweise bei der Extraktion von Faktoren aus einem Datensatz. Insbesondere bei der häufig eingesetzten exploratorischen Variante wird der erste Faktor so definiert, dass er möglichst viel Varianz aus dem gesamten Datensatz zu erklären vermag. Der zweite Faktor wird anschließend aus der Restvarianz extrahiert, also aus dem Anteil der Varianz, der nicht durch den ersten Faktor erklärt werden kann, usw. (vgl. Bühner, 2006, S. 196). Je mehr Faktoren also benötigt werden, um einen Datensatz zu beschreiben,

desto geringer wird der Anteil der noch aufzuklärenden Varianz pro neuem Faktor. Schließlich muss anhand von Grenzwerten bestimmt werden, welcher Faktor als letzter noch berücksichtigt wird. Im Gegensatz dazu bezieht sich die Hierarchisierung bei der NMDS lediglich auf einzelne Kovarianzen, nicht aber auf ganze Cluster oder Faktoren. Dadurch gibt sie die Datenstruktur gewissermaßen unverfälschter wieder. In diesem Zusammenhang sei eine Studie von Läge, Egli, Riedel und Möller (2012) erwähnt, in der die Autoren eine Re-Analyse zweier bereits bestehender AMDP-Datensätze ($n = 1458$ bzw. $n = 2485$) durchführten. Mit dem Robuscal-NMDS-Verfahren gelang es, das theoretisch vermutete und klinisch als relevant erachtete, empirisch jedoch bislang nie bestätigte Apathie-Syndrom zu identifizieren. In einer älteren faktorenanalytischen Studie von Gebhardt et al. (1983) gab es substantielle Faktorladungen der Apathie-Items auf den Depressionsfaktor, der diese sozusagen mit erklärte. In der NMDS-Grafik von Läge et al. (2012) zeigte sich dagegen ein relativ enges Apathie-Cluster mit vier Symptomen sowie eine ziemlich weite Streuung von drei weiteren Apathie-Symptomen. In diesem Sinne erwies sich das Robuscal-NMDS-Verfahren bei der Aufdeckung von Clustern als sensibler und differenzierter als die Faktorenanalyse.

Ein weiterer kritischer Punkt bei der Verwendung von faktorenanalytischen Verfahren ist der Umgang mit statistischen Verteilungen der Item-Werte. Gerade im Bereich der psychiatrischen Diagnostik hat man es oft mit Symptomen (bzw. Items) zu tun, die bei Weitem nicht normal- sondern meistens schiefverteilt sind. Der Grund dafür liegt im Umstand, dass viele, vielleicht sogar fast alle Symptome bei den meisten Patienten nicht vorliegen (was letztlich natürlich auch von der gewählten Patientenpopulation bzw. dem Symptompektrum abhängt). Wenn solche schiefen Verteilungen nun mittels nichtlinearer Transformationen normalisiert werden, wie dies im Rahmen von Faktorenanalysen gebräuchlich ist, erscheinen zwar die Voraussetzungen für eine Faktorenanalyse eher gegeben, allerdings sind die transformierten Daten mit den Originalitems nicht mehr ohne Weiteres vergleichbar (vgl. Bühner, 2006, S. 192). Auch in dieser Hinsicht erweist sich das NMDS-Verfahren als überlegen, weil es mit deutlich schwächeren Annahmen auskommt (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 172).

Das wichtigste Argument, welches für einen Einsatz von NMDS-Verfahren in der psychiatrischen Diagnostik spricht, liegt jedoch in der Handhabung von kategorialen Grenzen zwischen einzelnen Störungsbildern. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass die APA im Vorfeld der DSM-5-Veröffentlichung zu Forschungsbemühungen aufrief, um die Beschwerden von Patienten nicht nur kategorial, sondern auch dimensional, d.h. in Abstufungen des Schweregrades, zu erfassen (vgl. 1.1.4.3; Regier, Narrow, Kuhl & Kupfer, 2009; Mundt,

2002; Widiger & Samuel, 2005). Diesem Ansinnen einer Integration von kategorialer und dimensionaler Perspektive kann die NMDS wie kaum ein anderes statistisches Verfahren gerecht werden. Aus der Arbeitsgruppe um Damian Läge gibt es mehrere Publikationen, die dies aufzeigen. So legten Egli, Schlatter, Streule und Läge (2006) einer Stichprobe von $n = 20$ praktizierenden Therapeuten eine Auswahl von 21 Störungen nach ICD-10 vor und instruierten sie, insgesamt 210 paarweise Ähnlichkeiten von jeweils zwei Störungsbildern zu beurteilen. Dabei sollten sie sich explizit nach ihrer klinischen Erfahrung richten und nicht nach der ICD-Kategorisierung. Für einige Störungsgruppen wie z.B. Essstörungen oder substanzbezogene Störungen ergaben sich in einer NMDS-Karte denn auch distinkte Cluster. Andere Störungskategorien wie z.B. die affektiven Störungen oder organisch bedingte Störungen wiesen in der Clusteranalyse große Distanzen (also Unähnlichkeiten) auf. Gleichzeitig konnten auf der gesamten NMDS-Karte zwei Dimensionen identifiziert werden, welche die Autoren mit „Psychose“ und „Kognition“ bezeichneten. Die „bipolare Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome“ (ICD-10: F31.1) wurde beispielsweise dimensional als „psychotisch“ eingestuft, während dies auf die „schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome“ (ICD-10: F32.2) sowie die „Dysthymia“ (ICD-10: F34.1) nicht zutraf. Insofern konnte nicht nur gezeigt werden, dass übergeordnete Störungskategorien wie die Gruppe „affektive Störungen“ in der klinischen Erfahrung untereinander große Differenzen aufweisen, sondern auch, dass die NMDS in der Lage ist, in einer und derselben Abbildung die dimensionale und die kategoriale Sichtweise zu verbinden. In einer Nachfolgestudie zeigten Egli, Streule und Läge (2009) außerdem, dass die Diskrepanzen in den Ähnlichkeitsurteilen einzelner Therapeuten im Verlauf eines mehrjährigen Ausbildungsprogramms abnahmen und zwar sowohl untereinander als auch im Vergleich zu erfahreneren Therapeuten.

Zwei weitere Studien aus der Arbeitsgruppe um Damian Läge befassten sich ebenfalls mit der Integration einer dimensional und einer kategorialen Perspektive: Egli, Riedel, Möller, Strauss und Läge (2009) nahmen die Symptomprofile von Patienten gemäß AMDP-System (vgl. 1.3.3.4) als Grundlage für eine NMDS-Analyse. Als Auswahlkriterium diente dabei die Hauptdiagnose nach ICD-10 und zwar auf drei Gruppen bezogen: „paranoide Schizophrenie“ (ICD-10: F20.0; $n = 24$), „bipolare Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome“ (ICD-10: F31.1; $n = 32$) und „schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome“ (ICD-10: F32.2; $n = 78$). Die Ähnlichkeiten der AMDP-Symptomprofile ergaben in der NMDS-Karte drei unterscheidbare Cluster. Relativ einheitlich erwiesen sich die Gruppen mit der Diagnose F31.1 und F32.2, während die F20.0-Gruppe eher breit streute. Dabei zeigte sich ein gewissermaßen dimensionaler Übergang des F20.0-Clusters in das

F32.2-Cluster, aber auch vom F20.0-Cluster in das F31.1-Cluster. Auffällig waren außerdem einzelne Diagnosepunkte im „falschen“ Cluster, die unschwer als Fehldiagnosen interpretiert werden konnten. AMDP-Symptomprofile dienten auch in der Studie von Läge, Egli, Riedel, Strauss und Möller (2011) als Basis für NMDS-Karten. Wieder zeigten sich relativ distinkte Cluster einzelner Patienten ($n = 2485$) bzw. Symptomprofile. Innerhalb dieser Cluster fanden sich dann aber die Hauptdiagnosen aus verschiedenen ICD-Kategorien durchmischt, was sich einerseits zwischen „schizoaffektiven Störungen“ (F25) und „bipolaren affektiven Störungen“ (F31), andererseits zwischen „Schizophrenie“ (F20), „schizoaffektiven Störungen“ (F25) und „depressiven Episoden“ (F32) zeigte.

1.4.2. Symptomkarten

In den bisher zitierten wissenschaftlichen Vorarbeiten des Klenico-Projekts wurden vorwiegend die Relationen größerer Störungsgruppen bzw. -kategorien ausgelotet. Als Ähnlichkeitsmaße, auf der die jeweiligen NMDS-Analysen beruhten, dienten entweder gemittelte Ähnlichkeitsschätzungen mehrerer Rater zu jeweils paarweisen Vergleichen oder aber Symptomprofile von Patienten, die anhand des AMDP-Systems erhoben wurden. Die Merkmalspunkte der NMDS bezogen sich im ersten Fall auf die Eigenarten von Störungsgruppen, im zweiten Fall auf einzelne Patienten bzw. deren berechnetes Symptomprofil. Für den klinischen Alltag bietet die NMDS aber noch eine weitere Einsatzmöglichkeit, dann nämlich, wenn sich die Merkmalspunkte auf einzelne Symptome beziehen. Die Distanzen zwischen den Symptompunkten repräsentieren dann die relativen Häufigkeiten ihres gemeinsamen Auftretens, wie sie sich im Datensatz einer Referenzstichprobe zeigen: Symptome, die im zugrundeliegenden Datensatz oft gemeinsam auftreten, liegen näher beieinander, während Symptome, die selten gemeinsam auftreten, weiter auseinander zu liegen kommen. Dadurch werden Symptom-Cluster in der grafischen Darstellung direkt als verdichtete Punktwolken erkennbar. Weiter oben (vgl. 1.3.1.4) wurde bereits ausführlich erörtert, dass Symptom-Cluster mit Syndromen gleichzusetzen sind. Insofern bietet die NMDS ohne weiteren Zwischenschritte die Möglichkeit, aus einem symptombezogenen Datensatz Syndrome herauszulesen. An dieser Stelle sei auch in Erinnerung gerufen, dass Syndromen in der psychiatrischen Diagnostik eine große Bedeutung zukommt: Ob sie nun ausschließlich theoretisch angenommen oder auch empirisch belegt sind – Syndrome stellen die Basis der heute gültigen Störungskategorien dar (vgl. 1.3.1.4).

Distanzen spielen in der NMDS eine zentrale Rolle und weisen als Repräsentationen von Ähnlichkeiten auch Analogien zum menschlichen Raumempfinden auf: Was weit auseinanderliegt, hat in der Regel weniger miteinander zu tun als das, was nah beieinanderliegt. Deshalb spricht man bei der grafischen Darstellung einer NMDS auch von Karten. Daraus abgeleitet etablierte sich im Rahmen des Klenico-Projekts der Begriff „Symptomkarte“, wenn es sich bei den Merkmalen um Symptome handelt. Eine erste solche Symptomkarte legten Bühler, Keller und Läge (2012) vor und zwar für den Bereich der Depression. Als Basis diente derselbe Datensatz, den Hautzinger, Keller und Kühner (2006) zur Evaluierung der deutschen Version des BDI-II verwendeten (vgl. auch Kühner, Bürger, Keller & Hautzinger, 2007). Das BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) eignete sich hierfür besonders gut, weil sich darin jeweils vier Items in sprachlich abgestuftem Schweregrad auf ein bestimmtes Symptom beziehen. In der Mitte der NMDS-Karte zeigte sich eine depressive „Kernsymptomatik“, die die Symptome Traurigkeit, Verlust von Freude, Interessenverlust, Entschlussunfähigkeit und Energieverlust beinhaltete. Mit Ausnahme des Symptoms Entschlussunfähigkeit stimmt dieses Cluster mit den im Kriterium B für eine depressive Episode aufgeführten Symptomen überein (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 135). Um diese Kernsymptomatik gliedern sich im Gegenuhrzeigersinn die folgenden weiteren Cluster bzw. Facetten: „negative Einstellung zum Selbst“ mit den Symptomen Versagensgefühle, Schuldgefühle, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe und Wertlosigkeit, „Hoffnungslosigkeit“ mit den Symptomen Selbstmordgedanken, Bestrafungsgefühle und Pessimismus, „gesteigerte Aktivierung“ mit den Symptomen Reizbarkeit, Weinen und Unruhe, „psychovegetative Symptome“, welche Verlust an sexuellem Interesse, Veränderung der Schlafgewohnheiten und Veränderung des Appetits umfassen, sowie „verminderte Aktivierung“ mit den Symptomen Konzentrationsschwierigkeiten und Ermüdung. Räumlich ergibt sich dabei eine deutliche Trennung der Cluster negative Einstellung zum Selbst und psychovegetative Symptome sowie zwischen gesteigerter Aktivierung und verminderter Aktivierung. Insofern ergab sich durch die NMDS-Analyse eine sinnvoll interpretierbare und mit den aktuellen diagnostischen Verzeichnissen übereinstimmende Struktur der depressiven Symptomatik, wie sie mit dem BDI-II erfasst wird. Die Abbildung 1.2 stellt eine grafisch aufbereitete Form der Symptomkarte dar, die Bühler, Keller und Läge (2012) aufgrund des BDI-II-Datensatzes von Hautzinger, Keller und Kühner (2006) berechneten.

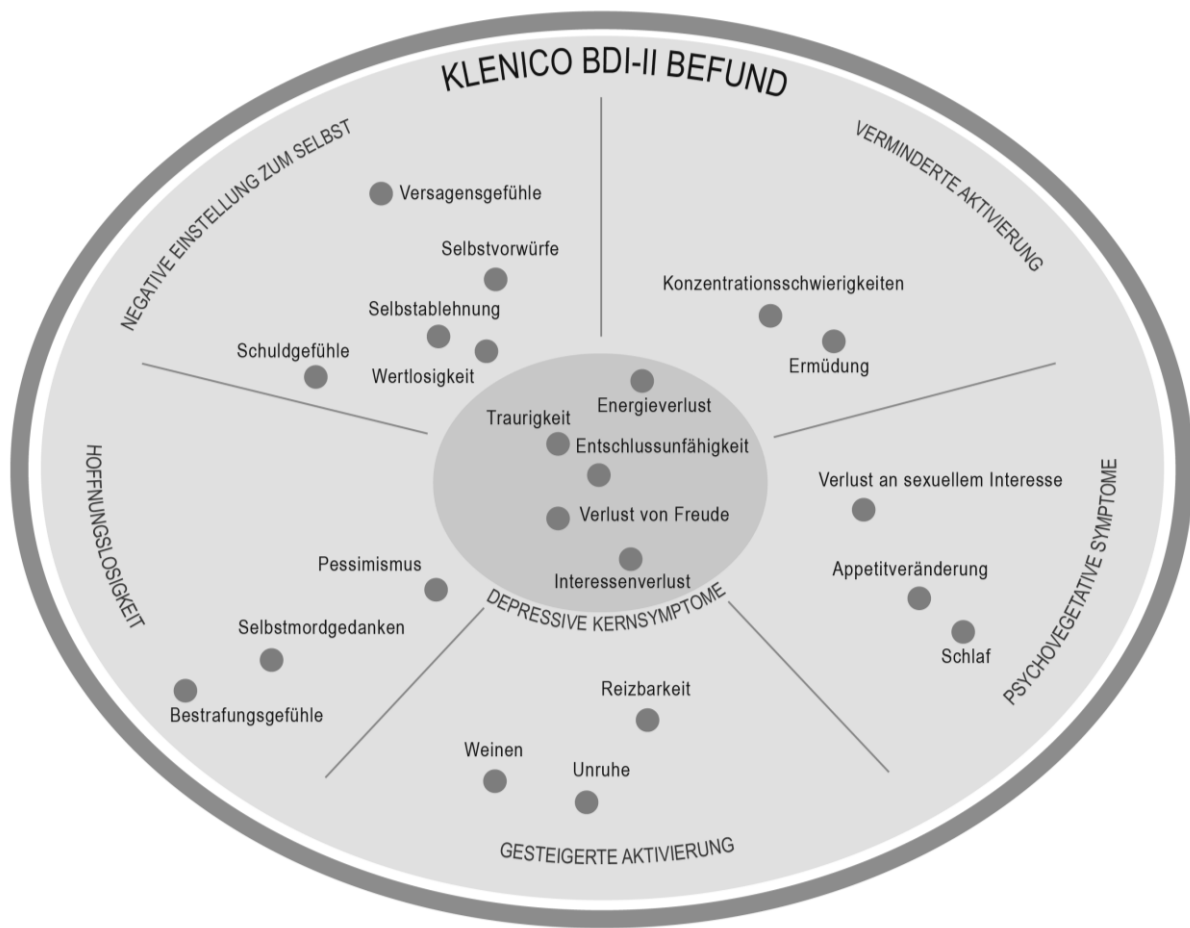


Abbildung 1.2: Symptomkarte des BDI-II gemäß Bühler, Keller und Läge (2012).

Die Symptomkarte von Bühler, Keller und Läge (2012) stellt ein Beispiel dar, wie die Integration einer kategorialen und einer dimensionalen Sichtweise nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb einzelner Störungskategorien erfolgen kann. Wenn sich nämlich innerhalb eines Störungsbildes wie der Depression so deutlich abgrenzbare Cluster ergeben, kann davon ausgegangen werden, dass sich in einer geeigneten Stichprobe auch bestimmte, voneinander abgrenzbare Symptomprofile ergeben. Dadurch könnte das als homogen postulierte Störungsbild der Depression dimensional in „Subtypen“ abgestuft werden. Dass sich solche Subgruppen durchaus auch prognostisch voneinander unterscheiden können, zeigten Bühler, Seemüller und Läge (2014) mit einer auf der Hamilton Depression Scale (HAMD; Hamilton, 1960) beruhenden latenten Klassenanalyse.

1.4.3. Erste Software-Implementierung

Das von der KTI geförderte Klenico-Projekt umfasste nicht nur die Publikation der oben zitierten, wegweisenden Studien, sondern auch die Programmierung einer ersten Software, um Symptomkarten für die psychiatrische Diagnostik in der Versorgungspraxis nutzbar zu machen. Von ihrem Aufbau her erlaubte diese Software nicht nur die Verwendung des BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996; Hautzinger, Keller & Kühner, 2006), sondern von einer prinzipiell unbegrenzten Anzahl weiterer Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente. So standen beispielsweise auch Symptomkarten für die Hamilton Depression Scale (HAMD; Hamilton, 1960) sowie für die Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay, Fiszbein & Opfer, 1987) zur Verfügung. Die Benutzeroberfläche der Software umfasste zwei abtrennbare Zugänge, einen für den Diagnostiker und einen für den Patienten. Während der Diagnostiker die verschiedenen Erhebungen für verschiedene Patienten initiieren, organisieren und bearbeiten konnte, oblag dem Patienten lediglich die Beantwortung der jeweiligen Items (bei Selbstbeurteilungsinstrumenten). Die Daten dieser Item-Beantwortung transformierte die Software dann in ein einfaches Farbcode-System, anhand dessen die einzelnen Symptompunkte in einer Symptomkarte eingefärbt wurden (schwere Symptomausprägung = rot, mittlere = orange, leichte = gelb, keine = grau). So entstand pro Patient und pro Erhebung ein individuelles Symptombild. Die zugrundeliegende Struktur der Symptomkarte veränderte sich dabei nicht, sondern blieb – auf der Basis einer Referenzstichprobe einmal berechnet – konstant. Die Abbildung 1.3 zeigt eine BDI-II-Symptomkarte, deren Symptompunkte aufgrund der Selbstausskunft des Patienten eingefärbt sind.

Wenn zwei oder mehr Erhebungen desselben Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten vorlagen, konnte außerdem eine Veränderungskarte erstellt werden. Die Symptomausprägungen der neueren Erhebung wurden dabei als kleinere Kreisscheiben innerhalb der größeren Kreisscheiben abgebildet. Die größere, umschließende Fläche zeigte dann jeweils die Veränderung nach einem separaten Farbcode-System (Symptomausprägung neu = violett, erhöht = rot, verringert = grün, unverändert = grau), während die inneren, kleineren Kreisscheiben die Ausprägungen des jüngeren der beiden Erhebungszeitpunkte wiedergaben. Die nachfolgende Abbildung 1.4 stellt eine solche Veränderungskarte dar, wobei der holistische Eindruck einer Verbesserung der depressiven Symptomatik durch die vielen grünen Kreisscheiben vermittelt wird.

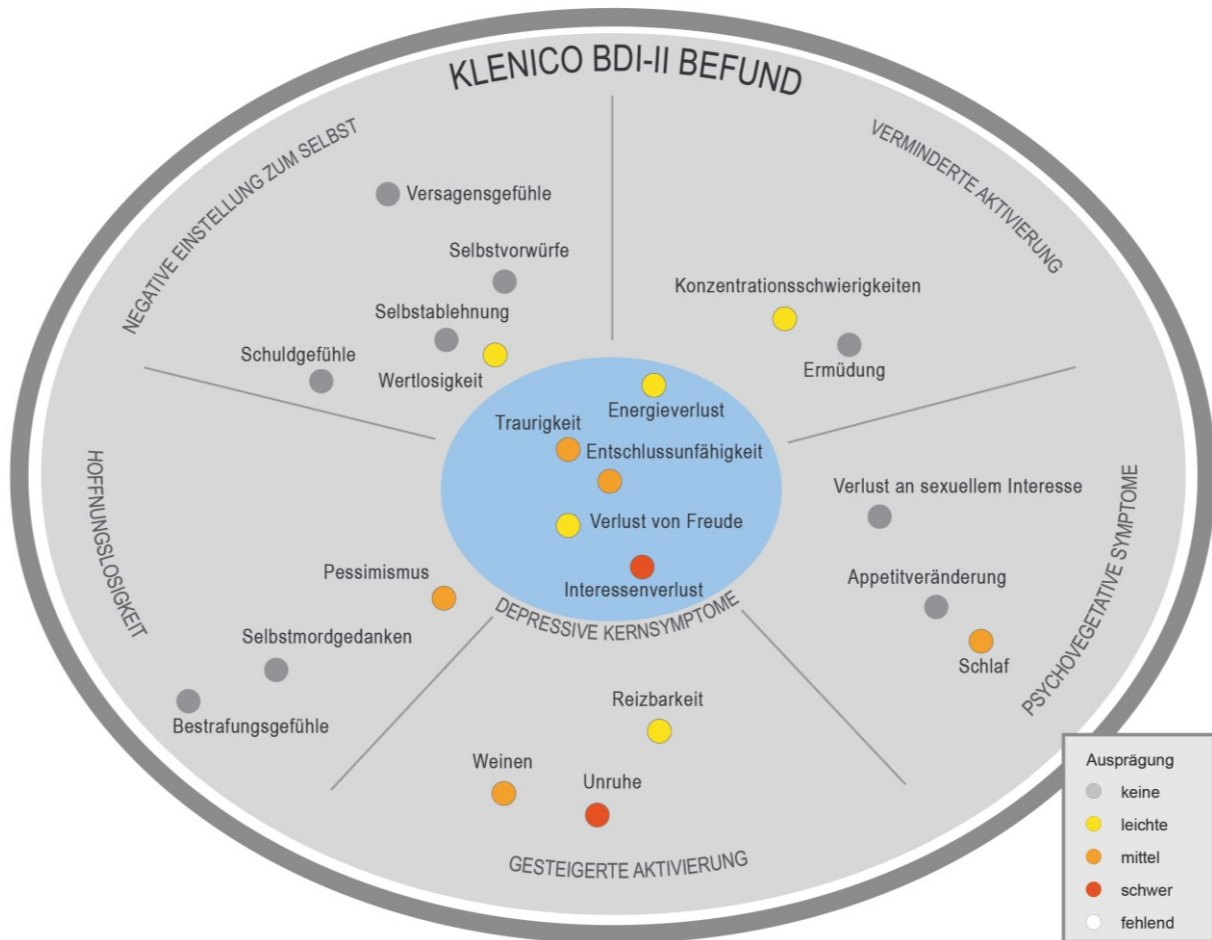


Abbildung 1.3: BDI-II-Symptomkarte mit Einfärbungen gemäß den Symptomausprägungen eines individuellen Patienten.

Vergleicht man diese erste Version der Klenico-Software mit dem Einsatz von herkömmlichen Diagnoseinstrumenten in der Praxis, so zeigt sich bereits eine Reihe von Vorteilen: Erstens entfällt der Arbeitsschritt der Auswertung, da diese vollständig von der Software übernommen wird. Zweitens kann der Patient die Selbstauskunft zu seiner Symptomatik örtlich und zeitlich weitgehend unabhängig vom Diagnostiker abgeben: Ein Link auf die entsprechende Erhebung kann per E-Mail verschickt werden und theoretisch sogar vor dem Erstkontakt zwischen Patient und Diagnostiker aktiviert werden. Drittens wird die Information über die Symptomatik eines Patienten nicht auf einen abstrakten Summenwert reduziert, sondern in einer intuitiv verständlichen und übersichtlichen Grafik beibehalten. Das erlaubt eine syndrom- oder sogar symptombezogene Differenzierung und Gewichtung bei der anschließenden Diagnosevergabe, was den Störungskonzepten in den diagnostischen Verzeichnissen ICD und DSM viel eher entspricht als ein aufaddierter Summenwert. Viertens kann dieser Differenzierungsgrad auch beibehalten werden, wenn die Symptomveränderungen zwischen zwei Messzeitpunkten verglichen werden. Auf einer entsprechenden Veränderungskarte lassen sich

therapeutische Erfolge (bzw. auch Teilerfolge) abbilden und bleiben dabei ebenfalls intuitiv verständlich. Die Klenico-Symptomkarten bieten in diesem Sinne eine differenzierte diagnostische Entscheidungsgrundlage, die es bislang in keiner vergleichbaren Übersichtlichkeit gibt. Der Schritt vom Symptombefund zur Diagnose bleibt dabei den Erwägungen des Diagnostikers überlassen. Damit grenzt sich das Klenico-Verfahren von den fraglichen kategorialen Unterteilungen, wie sie in den diagnostischen Verzeichnissen DSM und ICD zu finden sind, bereits ein Stück weit ab und legt den Fokus auf die deutlich weniger umstrittenen Ebenen der Symptom- und Syndromerfassung (vgl. Stieglitz, 2008).

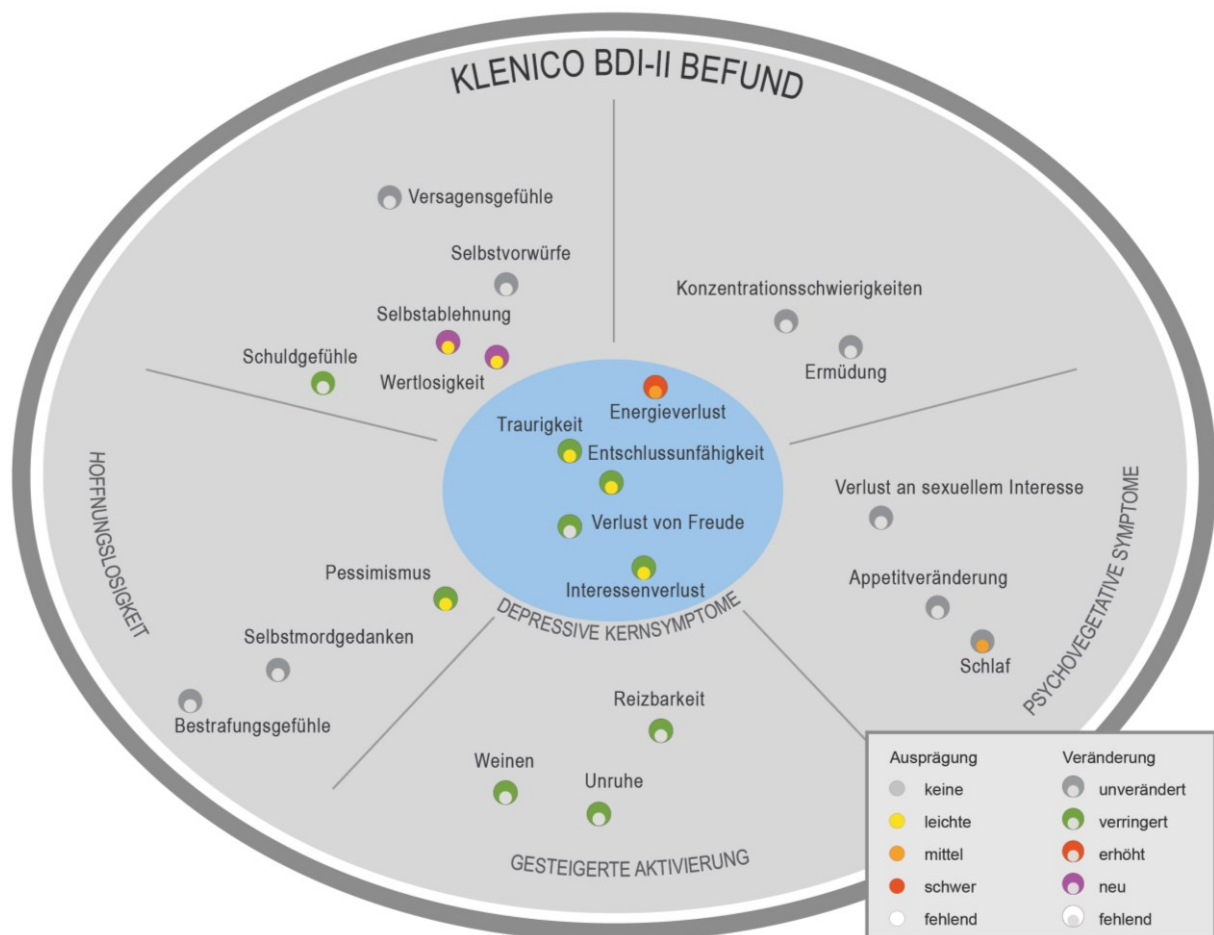


Abbildung 1.4: BDI-II-Veränderungskarte zur Darstellung des Vergleichs zweier Erhebungszeitpunkte beim gleichen Patienten.

Auf diesem Stand kam die erste Version der Klenico-Software in mehreren süddeutschen Kliniken zum Einsatz. Die damit arbeitenden Ärzte und Psychologen bewerteten sie insbesondere für die Berichterstattung, aber auch für die Behandlungsplanung und Kommunikation unter Kollegen als hilfreich (Klenico, unveröffentlicht). Darüber hinaus bekam der Ansatz sei-

tens von Klinikdirektoren wie auch von wissenschaftlichen Experten erfreulich positiven Zuspruch. Trotzdem konnte der Testeinsatz in den ausgewählten Kliniken nicht als durchschlagender Erfolg verbucht werden. Obwohl die Software kostenfrei zur Verfügung stand, wurde sie kaum freiwillig verwendet und fand auch unter den Ärzten und Therapeuten keine selbstläufige Verbreitung. Innerhalb des Klenico-Teams waren daher erst einmal Überlegungen gefordert, woran dies liegen mochte.

1.4.4. Weiterentwicklung des Klenico-Erhebungsverfahrens

Einer der Hauptgründe, weshalb die erste Version der Klenico-Software trotz prinzipiell positiver Einschätzung kaum im Versorgungsalltag eingesetzt wurde, liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit darin, dass sie sich auf einzelne bestehende Diagnostikinstrumente stützte. Das führt in der praktischen Anwendung nämlich zu mehreren gewichtigen Nachteilen: Erstens stellt die große Mehrheit aller diagnostischen Instrumente selbstauskunftsbezogene Syndromskalen dar (vgl. 1.3.1.4). Diese sind zwar in klinischen Studien, in deren Rahmen sie meist entwickelt werden, hilfreich und ökonomisch einsetzbar. Für die Einzelfalldiagnostik sind sie allerdings nicht geeignet, weil sie nicht die gesamte Psychopathologie abdecken, sondern immer nur einen kleinen Teilbereich, eben das betreffende Syndrom, erfassen (vgl. 1.3.3.5). So lässt sich zwar eine Verdachtsdiagnose psychometrisch abstützen, aber keine Aussage über die Ausprägung anderweitiger Symptome oder Syndrome ableiten. Zweitens haben Syndromskalen oft nur noch einen losen Zusammenhang zu den diagnostischen Kriterien und den darin aufgeführten Symptomen. Auch eine etwaige Gewichtung der Symptome fällt in Syndromskalen oft einfach weg (vgl. 1.3.3.5). Drittens berücksichtigen Syndromskalen oft nur die gegenwärtige Ausprägung und vermögen daher anamnestisch weiter zurückliegende Episoden nicht zu erfassen. Als besonders gravierend erweist sich dies bei der Bipolaren Störung: Würde bei dieser Art von Störung eine gegenwärtig depressive Episode beispielsweise mit dem BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) erfasst und daraus – ohne Berücksichtigung von früheren manischen Episoden – die Diagnose einer unipolaren depressiven Episode abgeleitet, so wäre dies aus therapeutischer Sicht ein fataler Fehler. Viertens stellt sich die grundsätzliche Frage, bei welchen psychopathologischen Symptomen oder Syndromen die Selbstauskunft entscheidende Informationen liefert, und bei welchen eine Einschätzung durch den Diagnostiker unerlässlich ist. Im Gegensatz etwa zum AMDP-System, welches hier ganz klare Vorgaben macht (vgl. 1.3.3.4) erweisen sich viele Syndromskalen in dieser Hinsicht als erstaunlich undifferenziert.

Neben diesen direkt auf den diagnostischen Prozess bezogenen Nachteilen beinhaltet die erste Version der Klenico-Software aber noch eine weitere, drastische Einschränkung: Durch die ausschließliche Ausrichtung auf bestehende Syndromskalen bzw. störungsspezifische Erhebungsinstrumente orientierte sich die Software unweigerlich an den Störungskategorien der diagnostischen Verzeichnisse und deren fraglicher Abgrenzung zueinander. (Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass die Validität der diagnostischen Einheiten im Vorfeld der DSM-5-Entwicklung von offiziellen Vertretern der APA als unzureichend beschrieben wurde; vgl. Kupfer, First und Regier, 2002.) Dadurch kann sich aber das eigentliche Potenzial des Robuscal-NMDS-Verfahrens, nämlich die gleichzeitige Erfassung dimensionaler sowie kategorialer Aspekte einer Datenstruktur, gar nicht richtig entfalten, sondern bleibt an den tradierten Störungsgrenzen haften.

Um diesen Einschränkungen zu entkommen, stellte es sich als zwingend heraus, die Symptomerhebung nicht nur auf einzelne Störungsbereiche begrenzt zu belassen, sondern umfassend auf die gesamte Psychopathologie zu erweitern. Hierfür boten sich verschiedene Lösungswege an: Man hätte einen umfassenden Bestand an geeigneten, bereits bestehenden Diagnoseinstrumenten in die Software integrieren und so einen „Symptomatlas“ – bestehend aus sich gegenseitig ergänzenden Symptomkarten – generieren können. Das hätte aber auch bedeutet, dass ein Diagnostiker jedem einzelnen Patienten eine ganze Batterie verschiedener Erhebungen hätte vorlegen müssen, damit eine Ausschlussdiagnostik möglich gewesen wäre. Alternativ hätte man ein Instrument verwenden können, welches bereits auf die umfassende psychopathologische Erhebung ausgerichtet ist. Kandidaten hierfür wären beispielsweise die SKID-Interviews (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997; Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997), das DIPS (Schneider & Margraf, 2011), die SCAN (Gülick-Bailler, Maurer & Häfner, 1995), oder das M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998) gewesen. Alle diese strukturierten Interviews sind aber wieder sehr streng nach den diagnostischen Kategorien von ICD oder DSM ausgerichtet, so dass sie nicht dem Potenzial des Robuscal-NMDS-Verfahrens entsprechen. Außerdem sind sie ausschließlich als Fremdbeurteilungsverfahren konzipiert, verlangen dadurch dem Diagnostiker einen hohen Zeitaufwand ab und nutzen die Möglichkeit der Selbstauskunft nur in geringem Ausmaß (z.B. in Form von Screening-Fragebögen; vgl. 1.3.3.2). Darüber hinaus steht mit dem DIA-X (Wittchen et al., 1997) bereits eine computerbasierte Form eines strukturierten diagnostischen Interviews zur Verfügung, das sich aber in der Versorgungspraxis überhaupt nicht durchgesetzt hat. Schließlich gingen die Überlegungen im Klenico-Team auch dahin, das AMDP-System (AMDP, 2016) zu implementieren. Damit

hätte man auf ein methodisch ausdifferenziertes, übersichtliches und zumindest im deutschsprachigen Raum auch weit verbreitetes Instrument zurückgreifen können, welches ebenfalls den Fokus auf die symptom- und syndrombezogene Befunderhebung legt und nicht auf übergeordnete Störungskategorien. Mit der ausschließlichen Implementierung des AMDP-Systems hätte man sich aber auch dessen weiter oben diskutierten, teils sehr gewichtigen Nachteile eingeholt, namentlich die ungünstig oder zumindest einseitig auf die moderne psychiatrische Versorgung abgestimmte Symptomauswahl (vgl. 1.3.3.4.). Darüber hinaus hätte man dadurch auch die Möglichkeit vergeben, auf der Basis des Symptombefundes zuverlässige prognostische Aussagen machen zu können, denn hierfür erwies sich das AMDP-System als untauglich (Herwig, Warnke & Rössler, 2009).

Unter den beschriebenen Voraussetzungen schien es als ein zwar sehr aufwändiger, aus langfristiger Perspektive jedoch unumgänglicher Schritt, einen eigenständigen, an den aktuellsten Ausgaben des DSM und der ICD orientierten Symptomkatalog zu erarbeiten. Wenn dieser jedoch das breite Spektrum an psychiatrischen Störungsbildern weitgehend abdecken sollte, war auch zu erwarten, dass er deutlich umfangreicher ausfallen würde als beispielsweise das AMDP-System mit seinen 100 Basissymptomen. Trotzdem sollte er einfach handhabbar bleiben, damit unter den herrschenden zeitlichen Restriktionen der klinischen Versorgungspraxis eingesetzt werden konnte. Um dieser Problematik zu begegnen, mussten Strategien gewählt werden, welche eine möglichst effiziente Bearbeitung erlaubte.

1.4.5. Effizienzsteigerung: Screening und Ipsative Messung

Ein grundsätzlicher Ansatz, um die Symptomerfassung effizient zu gestalten, liegt darin, möglichst viele diagnostisch relevante und systematisch verwertbare Informationen beim Patienten einzuholen. Das bedeutet zwar einen Mehraufwand für den Patienten, andererseits kann dadurch die Zeit des Diagnostikers ertragreicher genutzt werden. Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass Patienten unter Umständen nicht (mehr) in der Lage sind, eine adäquate Selbstauskunft zu leisten. Trotz dieser Einschränkung, die in Abhängigkeit des vorliegenden Störungsbildes mehr oder weniger gravierend sein kann, erscheint das Grundprinzip einer weitgehenden Selbstauskunft sehr lohnend in Bezug auf die Effizienz.

Eine im Rahmen von strukturierten Interviews relativ weit verbreitete Implementierung der Selbstauskunft stellt das Screening-Verfahren dar: Der Patient bearbeitet dabei eine enge

Auswahl an Items, welche sich auf Merkmale beziehen, die für einen bestimmten Störungsbereich als besonders charakteristisch gelten. Auf der Basis solcher Item-Antworten kann der Diagnostiker dann entscheiden, welche Störungsbereiche er im Interview vertieft explorieren möchte und welche er ggf. in der Befragung sogar ganz weglässt. In diesem Zusammenhang erweist sich der Robuscal-NMDS-Logarithmus erneut als äußerst hilfreich: Wie weiter oben erläutert (vgl. 1.4.1), ordnet er Merkmale so an, dass diejenigen, die am häufigsten mit allen anderen gemeinsam vorkommen, in die Mitte einer Merkmalskarte zu liegen kommen.

Dadurch stellt eine NMDS-Analyse eine optimale Basis dar, um die Auswahl für Screening-Items zu bestimmen. Im Fall der BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller & Läge, 2012) beispielsweise deckt sich der zentrale Bereich der Kernsymptomatik weitgehend mit der depressiven Primärsymptomatik, welche gemäß ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) für die Diagnose zwingend vorliegen muss. Es wäre daher naheliegend, diese Kernsymptomatik auch im Rahmen eines Screenings zu erheben und das Vorliegen einer depressiven Episode nur dann weiter zu explorieren, wenn die Mindestanzahl an Symptomen gemäß Selbstauskunft vorliegt.

Ein weiteres Element, mit dem sich die Effizienz der Symptomerfassung steigern lässt, ist die sogenannte Ipsative Messung, die ebenfalls von Prof. Dr. Damian Läge entwickelt wurde (Ryf & Läge, 2007). Bei diesem zweistufigen, computerbasierten Verfahren wählt der Patient oder Proband in einem ersten Schritt aus einem bestehenden Item-Pool diejenigen aus, welche auf die gestellte Frage aus seiner Sicht zutreffen (worauf die Bezeichnung ipsativ – vom lateinischen ipse „selbst“ – anspielt). Auf das Anwendungsgebiet der psychiatrischen Diagnostik bezogen könnte die gestellte Frage z.B. lauten, welche der nachfolgenden Aussagen auf das subjektive Befinden des Patienten zutreffen. Der Item-Pool würde entsprechend eine Reihe von Ich-Aussagen beinhalten, welche jeweils ein Symptom aus der Innenperspektive eines Betroffenen beschreiben, d.h. möglichst genau wiedergeben, wie es sich für den Betroffenen anfühlt, dieses Symptom zu haben. In diesem ersten Schritt geht es also nur darum, auf dichotome Weise zu entscheiden, welche Aussage zutrifft und welche nicht. In einem zweiten Schritt ordnet der Patient oder Proband nun die als zutreffend angewählten Items auf einer vertikalen, visuellen Analogskala (z.B. Reips & Funke, 2008) so an, dass die Platzierung auf der Skala der von ihm wahrgenommenen Nähe der beiden Ankerpunkte entspricht. Hierfür sind die Items auf der grafischen Oberfläche in Kästchen notiert, welche sich mit der Computermouse per Drag-and-Drop-Funktion verschieben und platzieren lassen. Wiederum auf den Bereich der psychiatrischen Diagnostik bezogen wären die Ankerpunkte beispielsweise mit „belastet mich stark“ bzw. „belastet mich weniger“ beschriftet. Der Patient könnte

dann die symptombezogenen Ich-Aussagen so platzieren, dass ihre Anordnung der von ihm empfundenen Belastung entspricht.

Wie das Robuscal-NMDS-Algorithmus ist auch die Ipsative Messung ein Verfahren, welches nicht nur im Bereich der psychiatrischen Diagnostik Verwendung findet (z.B. McCombie & Läge, 2013), hier aber besonders gewinnbringend eingesetzt werden kann. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass es – wie verschiedene Autoren schlussfolgern – für die psychologische Forschung angesichts des nach wie vor ungelösten Leib-Seele-Problems von entscheidender Bedeutung sein wird, im Sinne einer kultivierten Phänomenologie zu möglichst differenzierten und genauen Beschreibungen von Empfindungen zu gelangen (vgl. 1.2.1.4). Für die psychiatrische Diagnostik gilt diese Forderung ganz besonders, weil das ungelöste Leib-Seele-Problem im direkten Zusammenhang mit einer objektiven Validierbarkeit psychischer Krankheitseinheiten steht. Die Ipsative Messung ist ein Verfahren, welches wiederum sehr stark an einem phänomenologischen Zugang zu subjektiven Einschätzungen und Empfindungen orientiert ist. Dazu trägt einerseits die Möglichkeit bei, die Patienten Ich-Aussagen beurteilen zu lassen, welche das Erleben von Betroffenen möglichst präzise wiedergeben. Andererseits stellt die gleichzeitige Anordnung mehrerer solcher Ich-Aussagen auf einer visuellen Analogskala eine Methode dar, die wiederum stark am subjektiven Erleben orientiert ist: Die einzelnen Items werden hier im Hinblick auf ihre Belastung bewusst miteinander verglichen und in Beziehung gesetzt. Dadurch grenzt sich das Verfahren von den sehr viel häufiger eingesetzten Likert-Skalen ab, deren Begründung darin liegt, dass jedes Item unabhängig von anderen beurteilt wird. Doch die für viele statistische Verfahren geforderte Unabhängigkeit der Items lässt sich bei symptombezogenen Items ohnehin nicht aufrechterhalten, da Symptome ja – wie die NMDS-basierten Symptomkarten eindrücklich zeigen – keineswegs unabhängig voneinander sind, sondern im Gegenteil häufig in Gemeinsamkeit auftreten.

Neben der phänomenologischen Ausrichtung gibt es weitere psychometrische Vorzüge, die das Ipsative Messverfahren auszeichnen: Die Metrik der visuellen Analogskala ist prinzipiell beliebig differenzierbar, so dass das Antwortverhalten der Patienten oder Probanden numerisch sehr viel feiner registriert werden kann als bei den herkömmlichen Likert-Skalen. Dadurch ergibt sich viel eher eine echte Intervallskalierung (Reips & Funke, 2008), die Antworten fallen selbst bei Messwiederholung konsistenter aus und produzieren so zu weniger „Rauschen“ in den Daten. Die geringere Bearbeitungszeit rührt im Wesentlichen daher, dass

die Item-Formulierungen aufgrund der visuellen Verschiebbarkeit sehr knapp gehalten werden müssen und dadurch dem Patienten oder Probanden auch einen viel geringeren Leseaufwand abverlangen.

1.4.6. Fazit IV

Seit rund 15 Jahren sind im Rahmen des Klenico-Projekts Bestrebungen im Gange, ein methodisch innovatives Verfahren für die psychiatrische Diagnostik nutzbar zu machen. Das zentrale Element stellt dabei der Robuscal-NMDS-Algorithmus (Läge, 2001) dar, der es ermöglicht, eine symptombezogene Datenstruktur auf mathematischer Basis sichtbar zu machen. Dies erlaubt einerseits die Identifizierung von empirisch belegten Symptom-Clustern bzw. Syndromen und andererseits die Integration einer dimensional und einer kategorialen Perspektive. Im Kontext der psychiatrischen Diagnostik kommt dies der offiziellen Forderung der DSM-5-Herausgeberschaft entgegen, vermehrt dimensionale Aspekte in der Diagnostik zu berücksichtigen (Regier, Narrow, Kuhl & Kupfer, 2009): Auf Basis der zweidimensionalen Punkteverteilung einer NMDS-Analyse lassen sich zwar durchaus kategoriale Grenzen ziehen, gleichzeitig bleiben aber unscharfe Ränder und Übergangsbereiche zwischen den Kategorien ersichtlich und die Relativität der kategorialen Grenzziehung intuitiv nachvollziehbar. Aus einer erkenntnistheoretischen Perspektive trägt dieses Verfahren dem Umstand Rechnung, dass für psychische Störungen bislang keine wissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten gefunden werden konnten und dies vermutlich auch in weiterer Zukunft nicht gelingen wird. Solange das Aufdecken solcher Gesetzmäßigkeiten – bzw. eine objektive Validierung (Kupfer, First und Regier, 2002) – nicht möglich ist, wird der menschliche Geist auch im Bereich der psychiatrischen Diagnostik versuchen, Schlussfolgerungen aus ähnlichkeitsbasierten Kategorienbildungen abzuleiten (vgl. Pinker, 1998). Hierfür stellt das Robuscal-NMDS-Verfahren ein hilfreiches, methodisch sowie erkenntnistheoretisch angemessenes Werkzeug dar.

Als Voraussetzung, damit der Robuscal-Algorithmus sein volles Potenzial im Kontext der psychiatrischen Diagnostik entfalten kann, muss allerdings ein störungskategorienübergreifendes, symptombasiertes Item-Inventar vorliegen. Dieses sollte, um in der Versorgungspraxis auch wirklich einen entscheidenden Nutzen zu bringen, alle relevanten psychischen Störungen umfassen und so auch eine Ausschlussdiagnostik ermöglichen. Verschiedene bereits etablierte Erhebungsinstrumente bieten hierfür keine verwertbare Grundlage, weil sie sich entweder zu sehr an den bestehenden, fraglichen Störungskategorien orientieren, oder in

ihrer Symptomauswahl ungünstig auf die Anforderungen der klinischen Praxis ausgerichtet sind. Deshalb wird es für die Praxistauglichkeit ebenso wie für das Innovationspotenzial der Klenico-Software von entscheidender Bedeutung sein, ein eigenständiges Item-Inventar zu generieren, das sich inhaltlich an den neuesten Ausgaben der diagnostischen Verzeichnisse ICD und DSM orientiert, formal aber auf die spezifischen Anforderungen der Klenico-Software abgestimmt ist. Die Entwicklung eines solchen symptom-basierten Item-Inventars stellt das zentrale Anliegen der vorliegenden Dissertation dar.

Mit dem Anspruch, eine umfassende psychiatrische Diagnostik betreiben zu können, läuft die Weiterentwicklung der Klenico-Software allerdings Gefahr, den zeitlichen Restriktionen im Versorgungsalltag nicht mehr gerecht zu werden und dadurch an Praxistauglichkeit einzubüßen. Eine wirkungsvolle Strategie, um dieser Tendenz entgegenzuwirken und die Anwendung effizienter zu gestalten, liegt in der weitgehenden Auslagerung der Symptomerfassung an den Patienten. Dabei muss berücksichtigt werden, inwiefern ein Patient in der Lage ist, zu seinem Zustand und zu seinen Befindlichkeiten relevante Informationen und Einschätzungen abzugeben. Ferner gilt es, zwei Elemente in die Weiterentwicklung der Software zu integrieren, mit denen die Effizienz ebenfalls deutlich gesteigert werden kann. Zum einen ist dies ein vorgeschaltetes Screening-Verfahren, das es erlaubt, die Symptomexploration nur dann auf einen ganzen Störungsbereich auszuweiten, wenn eine spezifische Kernsymptomatik vorliegt. Bei der Bestimmung der betreffenden Kernsymptomatik kann das Robuscal-NMDS-Verfahren wiederum entscheidende Hinweise liefern. Zum anderen soll die sogenannte Ipsative Messung (Ryf & Läge, 2007) in die Symptomerfassung implementiert werden. Neben seinem nicht unerheblichen Beitrag zur Effizienzsteigerung sorgt dieses Element auch für eine stark phänomenologische Ausrichtung der Symptomerhebung und damit zu einem konstruktiven Umgang mit dem Leib-Seele-Problem. Ferner gibt es einige formale Leitlinien vor, an denen sich unter anderem die Formulierung der Symptom-Items orientieren soll.

Dass das Robuscal-NMDS-Verfahren in der Lage ist, zur fraglichen Grenzziehung zwischen Störungskategorien aufschlussreiche Beiträge zu leisten, konnte in einer Reihe von Publikationen gezeigt werden (Egli, Schlatter, Streule & Läge, 2006; Läge, Egli, Riedel, Möller, Strauss & Läge, 2009; Läge, Egli, Riedel, Strauss & Möller, 2011; Egli, Riedel & Möller, 2012). Die NMDS-Analysen dieser Studien basierten allerdings auf AMDP-Symptomprofilen oder geschätzten Ähnlichkeitsmaßen, jedoch nicht auf einzelnen Symptomen. Die bislang einzige Publikation zur Berechnung einer Symptomkarte verfassten Bühler, Keller und Läge (2012) auf der Basis eines repräsentativen BDI-II-Datensatzes. Innerhalb des gemeinhin als

homogen angenommenen Störungsbildes der unipolaren Depression zeigten sich hier relativ deutliche Cluster, welche inhaltlich sinnvoll interpretiert werden konnten. Eine offene Frage blieb dabei, welche diagnostische Relevanz der Cluster-Bildung innerhalb einer Störungskategorie zukommt. Die Beantwortung dieser Frage würde wichtige Hinweise geben, welche Größenverhältnisse diagnostische Einheiten jenseits der gängigen Störungskategorien aufweisen könnten.

1.5. Ziele, Fragestellungen und Hypothesen

Der vorliegenden Dissertationsschrift liegen zwei Zielsetzungen zugrunde. Die erste betrifft die syndromale Unterteilung der BDI-II-Depressionssymptomatik (Beck, Steer & Brown, 1996). Konkret soll die diagnostische Relevanz der Cluster, wie sie Bühler, Keller und Läge (2012) in der BDI-II-Symptomkarte konzipierten, anhand eines empirischen Datensatzes genauer untersucht werden. Daraus sollen Schlussfolgerungen abgeleitet werden, ab welchem Umfang (Anzahl Symptome) auch in einer umfassenden Symptomkarte über mehrere Störungsbilder hinweg ein Syndrom Hinweise zur Behandlungsplanung geben kann. Die zweite Zielsetzung ist eher konzeptioneller Art und betrifft ein zentrales Element der Weiterentwicklung der Klenico-Software. Konkret soll ein an den aktuellen Ausgaben der ICD und des DSM orientiertes, symptombezogenes Item-Inventar erstellt werden, anhand dessen die relevanten Störungsbilder in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspraxis diagnostisch erfasst werden können. Inhaltlich soll dabei berücksichtigt werden, inwiefern Patienten in Abhängigkeit ihres Störungsbildes in der Lage sind, adäquate Informationen zu ihrem Zustand und zu ihrem Befinden zu geben. Für diejenigen Aspekte, bei denen dies möglich ist, sollen möglichst präzise Formulierungen für das subjektive Empfinden der Betroffenen gefunden werden. Für alle anderen Aspekte gilt es, methodisch adäquate Lösungen zu deren diagnostischer Einschätzung zu finden. Formal sind dabei die spezifischen Anforderungen zu berücksichtigen, welche durch die Integration zweier Elemente zur Effizienzsteigerung gegeben sind, namentlich ein Screening-Verfahren zwecks abgestufter Symptom-Exploration und das Ipsative Messverfahren (Ryf & Läge, 2007). Letztlich soll dieses Item-Inventar die Grundlage für eine umfassende, alle in der psychiatrischen Versorgungspraxis relevanten Störungsbilder abdeckende NMDS-Symptomkarte darstellen. (Eine auf empirischen Daten basierende Realisierung dieser umfassenden Symptomkarte wird im Rahmen dieser Dissertation jedoch nicht möglich sein.) Im Folgenden werden die beiden übergeordneten Zielsetzungen getrennt behandelt und als „empirischer Teil“ bzw. „konzeptioneller Teil“ bezeichnet.

1.5.1. Empirischer Teil

Im empirischen Teil dieser Dissertationsschrift soll der übergeordneten Frage nachgegangen werden, welche diagnostische Relevanz die Cluster-Unterteilung der depressiven Symptomatik gemäß BDI-II-Symptomkarte von Bühler, Keller und Läge (2012) aufweist. Als diagnos-

tisch relevant kann dabei jeder verwertbare Hinweis zu Behandlungsentscheidungen, zu Verläufen oder zu ätiologischen Konzepten gelten. Da die Beantwortung dieser Frage nicht auf der Ebene von Einzelfällen, sondern auf Gruppenebene erfolgen soll, wird es um charakteristische Symptom- bzw. Syndromprofile gehen, die sich beim Vergleich bestimmter Patientengruppen gegebenenfalls herausstellen.

Die Störungskategorie der Depression weist eine sehr hohe Komorbiditätsrate mit anderen Störungskategorien auf (Berger, van Calker, Brakemeier, Schramm, 2012). Besonders prominent und in der Literatur oft diskutiert sind Komorbiditäten mit Essstörungen (Braun, Sunday & Halmi, 1994; Kennedy et al., 1994; Thornton, Welch, Munn, Lichtenstein & Bulik, 2016; Wade, Bulik, Neale & Kendler, 2000), aber auch mit Angststörungen (Kessler, Merikangas & Wang, 2007; Braam et al., 2014; Fava et al., 2004; Zhiguo et al., 2018) und Zwangsstörungen (Kessler, Merikangas & Wang, 2007; Jones, Mair, Riemann, Mugno & McNally, 2018). Gerade im Hinblick auf das zu erstellende umfassende Symptom-Inventar und die darin zu erwartenden Syndrom- bzw. Cluster-Strukturen erscheint die Frage aufschlussreich, ob und inwiefern sich die depressive Symptomatik gemäß BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) in Abhängigkeit bestimmter diagnostizierter Komorbiditäten ändert. Etwas spezifischer lassen sich die nachfolgenden Fragestellungen formulieren, zu denen auf der Basis der bestehenden Literatur jeweils spezifische Hypothesen hergeleitet werden:

1. Gibt es systematische Abweichungen in der Depressionssymptomatik gemäß BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996), wenn die depressive Episode als Hauptdiagnose oder als Nebendiagnose einer Essstörung gestellt wurde? Sind die Unterschiede so deutlich, dass von zwei unterschiedlichen, typischen Symptomprofilen ausgegangen werden kann?

Als Gründe für die hohe Komorbiditätsrate zwischen Depression und Essstörungen werden neben genetischen Risikofaktoren (Thornton et al., 2016; Wade et al., 2000) und Mangelernährung bei Anorexia Nervosa (Mattar, Huas, Duclos, Apfel & Godart, 2011) mitunter ein geringes Selbstwertgefühl sowie selbstkritisches Denken (Smith et al., 2018; Thew, Gregory, Roberts & Rimes, 2017) erwogen. Im Gegensatz zu den ersten beiden Aspekten dürfte sich insbesondere das geringe Selbstwertgefühl bzw. das selbstkritische Denken in der Depressionssymptomatik niederschlagen. Deshalb wird diesbezüglich folgende Hypothese aufgestellt: In der Cluster-Struktur der BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller und Läge, 2012) zeigt sich ein stärker ausgeprägtes Syndrom „Negative Einstellung zum Selbst“, wenn die depressive Episode als Komorbidität zur Hauptdiagnose einer Essstörung diagnostiziert wurde, als wenn

die depressive Episode die Hauptdiagnose darstellt, während die übrigen Syndrome nur geringe oder gar keine Unterschiede aufweisen.

2. Gibt es systematische Abweichungen in der Depressionssymptomatik gemäß BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996), wenn die depressive Episode als Hauptdiagnose oder als Nebendiagnose einer Angststörung gestellt wurde? Sind die Unterschiede so deutlich, dass von zwei unterschiedlichen, typischen Symptomprofilen ausgegangen werden kann?

In jüngster Zeit erschienen verschiedene Studien, welche mittels bildgebender Verfahren bestimmte neuronale Auffälligkeiten als mögliche Ursachen für die Komorbidität zwischen Angststörungen und Depressionen zu identifizieren versuchten (z.B. Jenkins et al., 2018; He et al., 2019). Abgesehen von diesen ätiologisch orientierten Ansätzen, welche das gemeinsame Auftreten dieser Störungen neurowissenschaftlich zu erklären versuchen, zeigt sich in symptombezogenen Studien die Aktivierung des autonomen Nervensystems als häufiges gemeinsames Korrelat (z.B. Rosellini et al., 2018; Garabiles, Lao, Xiong & Hall, 2019). Vor diesem Hintergrund wird folgende Hypothese aufgestellt: In der Cluster-Struktur der BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller und Läge, 2012) zeigt sich ein stärker ausgeprägtes Syndrom „Gesteigerte Aktivierung“, wenn die depressive Episode als Komorbidität zur Hauptdiagnose einer Angststörung diagnostiziert wurde, als wenn die depressive Episode die Hauptdiagnose darstellt. während die übrigen Syndrome nur geringe oder gar keine Unterschiede aufweisen.

3. Gibt es systematische Abweichungen in der Depressionssymptomatik gemäß BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996), wenn die depressive Episode als Hauptdiagnose oder als Nebendiagnose einer Zwangsstörung gestellt wurde? Sind die Unterschiede so deutlich, dass von zwei unterschiedlichen, typischen Symptomprofilen ausgegangen werden kann?

In der neueren Literatur werden zur Erklärung dieses Komorbiditätspaares u.a. endokrinologische Marker diskutiert (z.B. Labad et al., 2018), aber auch psychologisch orientierte Konstrukte wie Stressintoleranz, Angstsensitivität oder Anhedonie (Chasson, Bello, Luxon, Graham & Leventhal, 2017). Auf Symptomebene stellten sich in zwei kürzlich erschienenen Netzwerk-Analysen insbesondere Schuldgefühle, Konzentrationsschwierigkeiten, Ermüdbarkeit und Traurigkeit als Elemente heraus, die eng mit der Zwangssymptomatik assoziiert waren (McNally, Mair, Mugno & Riemann, 2017; Jones et al., 2018). Insbesondere unter der Berücksichtigung dieser symptombezogenen Analysen wird folgende Hypothese formuliert: In

der Cluster-Struktur der BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller und Läge, 2012) zeigt sich ein stärker ausgeprägtes Syndrom „Verminderte Aktivierung“ sowie die typischerweise stark ausgeprägten Symptome „Schuldgefühle“ und „Traurigkeit“, wenn die depressive Episode als Komorbidität zur Hauptdiagnose einer Zwangsstörung diagnostiziert wurde, als wenn die depressive Episode die Hauptdiagnose darstellt, während die übrigen Syndrome und Symptome nur geringe oder gar keine Unterschiede aufweisen.

In den bisher ausgeführten drei Fragestellungen stand jeweils ein Vergleich zwischen zwei potenziellen Symptomprofilen in Abhängigkeit der Kombination von Haupt- und Nebendiagnose im Vordergrund. In der vierten und letzten Fragestellung dieses empirischen Teils soll der Fokus auf dem Vergleich der sich ggf. als charakteristisch und spezifisch erweisenden Symptomprofile zu einander liegen:

4. Unterscheiden sich die vier möglichen BDI-II-Symptomprofile (Hauptdiagnose Essstörung mit komorbider Depression; Hauptdiagnose Angststörung mit komorbider Depression; Hauptdiagnose Zwangsstörung mit komorbider Depression; Hauptdiagnose Depression) auf systematische Weise untereinander? Sind die Unterschiede so deutlich, dass auch im Quervergleich von unterschiedlichen, typischen Symptomprofilen ausgegangen werden kann?

1.5.2. Konzeptioneller Teil

In diesem Teil wird es darum gehen, ein an den aktuellen Ausgaben der ICD und des DSM orientiertes, symptombezogenes und auf die Verwendung im Rahmen der Klenico-Software zugeschnittenes Item-Inventar zu erstellen, anhand dessen die relevanten Störungsbilder in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspraxis diagnostisch erfasst werden können. Berücksichtigt man, dass auch die oben erläuterten Überlegungen zur Weiterentwicklung der Klenico-Software (vgl. 1.4.4) und zur Effizienzsteigerung (vgl. 1.4.5) Teil des Gesamtkonzepts des Klenico-Systems sind, so lässt sich dazu die folgende, übergeordnete und allgemeine Fragestellung formulieren: Wie muss ein spezialisiertes Software-Diagnosesystem beschaffen sein, um damit die psychiatrische Diagnostik unter Alltagsbedingungen gleichzeitig effizient, präzise und nützlich zu gestalten?

Wenn es nun aber um die konkrete Herleitung und Erstellung eines geeigneten Item-Inventars geht, dann gilt es, vorerst zwei Teilschritte dieses Unterfangens zu unterscheiden: In

einem ersten Schritt soll ein möglichst umfassender und gleichzeitig in der Routinediagnostik handhabbarer Symptomkatalog zusammengestellt werden. Zu den einzelnen Symptomen sind dann in einem zweiten Schritt adäquate, phänomenologisch orientierte, den Zustand des Patienten berücksichtigende Items zu formulieren, um die Symptome zu erfassen.

Zur Zusammenstellung des Symptomkatalogs kann folgende Fragestellung formuliert werden: Welche psychischen Störungen müssen berücksichtigt werden, um im psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxisalltag eine effiziente Diagnostik auf Symptomebene zu ermöglichen? Diese übergeordnete Fragestellung lässt sich wiederum in drei spezifischere Fragestellungen aufteilen:

1. Welche Störungskategorien sollen mit ihrer in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) und im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) beschriebenen Symptomatik in den Symptomkatalog aufgenommen werden, um auf dieser Basis ein möglichst umfassendes und gleichzeitig in der Routineversorgung handhabbares Instrument für psychiatrische Diagnostik zu gestalten?
2. Wie kann diese Auswahl an Störungskategorien in einzelne Störungsbereiche gegliedert werden, damit sich für das praxisorientierte Diagnoseinstrument nützliche Einheiten ergeben?
3. Für jeden der auf diese Weise identifizierten Störungsbereiche: Welche Einzelsymptome (vgl. 1.3.1.3) lassen sich jeweils aus den diagnostischen Kriterien (Basis: DSM-5; APA, Falkai & Wittchen, 2015; Ergänzung: ICD-10; WHO, Dilling & Freyberger, 2016) ableiten?

Mit der Formulierung der ersten beiden spezifischen Fragen soll deutlich gemacht werden, dass sich die Aufteilung in Störungsbereiche nicht zwingend an den bestehenden Diagnosekategorien orientieren muss. Trotzdem erfordert der Aufbau der Software eine gewisse Unterteilung der Symptome, was schließlich auch der Handhabung in der Routinediagnostik dient. Ausführliche Erläuterungen dazu werden im Methodenteil zu finden sein. Die weitere Zergliederung des Wissensbestands gemäß DSM-5 und ICD-10 in einzelne Symptome wird schließlich als Symptomkatalog die Basis für die nachfolgende Item-Formulierung darstellen. Für diesen zweiten Teilschritt soll die folgende übergeordnete Fragestellung Orientierung bieten: Wie müssen die einzelnen Symptom-Items formuliert sein, damit Sie die Merkmale der

jeweiligen psychischen Erkrankung mindestens so differenziert abbilden, wie es das DSM-5 vorsieht?

Bei der Item-Formulierung zu den einzelnen Symptomen ist zu berücksichtigen, dass die Betroffenen zu bestimmten Symptomen adäquat und zuverlässig Auskunft geben können, zu anderen jedoch nicht. Anhand welcher Kriterien diese grundlegende Unterscheidung jeweils getroffen werden soll, wird im Methodenteil ausführlich dargestellt. An dieser Stelle mag es ausreichen, wenn auf der Basis weiterer spezifischer Fragestellungen die Unterteilung in Symptome zur Beurteilung durch Selbstaussage (Selbstauskunftssymptome) und Symptome zur Beurteilung durch den Diagnostiker (Diagnostiker-Symptome) vorbereitet wird:

4. Bei welchen Symptomen kann der Betroffene mit entsprechenden Vorgaben (Ich-Aussage-Items) selbst entscheiden, ob sie bei ihm vorliegen (= Selbstauskunftssymptome) und welche Symptome müssen von einem Diagnostiker mit entsprechendem Fachwissen beurteilt werden (= Diagnostiker-Symptome)?
5. Wie sind Items der Selbstauskunftssymptome zu formulieren, damit sie möglichst treffend die phänomenalen Qualitäten des Erlebens durch einen Betroffenen wiedergeben?
6. Wie sind Hinweise und Kriterien für Diagnostiker-Symptome zu formulieren, damit eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson mit akademischem Hintergrund das Vorliegen der Symptome möglichst treffsicher und effizient beurteilen kann?

Zeitlich parallel zur Generierung des Item-Inventars fand im Rahmen des Projekts zur Weiterentwicklung der Klenico-Software auch ein umfassender Programmierprozess statt. Die technische Vorgehensweise machte es dabei erforderlich, pro Störungsbereich eine gewisse Anzahl an Screening-Items (vgl. 1.4.5) zu postulieren, da sonst das Screening-Verfahren nicht in die neue Software-Version implementiert werden konnte. Obwohl das Robuscal-NMDS-Verfahren auf der Basis empirischer Daten grundsätzlich in der Lage ist, entscheidende Hinweise für die Auswahl solcher Items zu geben, musste deren Zusammenstellung mangels vorliegenden Daten vorerst a priori erfolgen. Hierzu sei folgende Fragestellung formuliert:

7. Welche Ich-Aussage-Items können besonders gut das Vorliegen weiterer Symptome (bzw. das positive Antwortverhalten in Bezug auf weitere Ich-Aussage-Items) im gleichen Störungsbereich vorhersagen (= Screening-Items)?

Da es sich bei all diesen Fragestellungen um Strukturierungshilfen zur theoretischen Herleitung und konzeptionellen Ausarbeitung des Item-Inventars handelt, werden hierzu keine Hypothesen formuliert. Solche wären nur dann angezeigt, wenn ihre Bestätigung oder Verwerfung auf der Basis empirischer Daten und mit statistischen Mitteln wissenschaftliche Erkenntnisse untermauern könnten. Eine empirische Validierung der Symptomzerlegung und der Item-Formulierung wird im Rahmen dieser Dissertation jedoch nicht möglich sein.

2. Methode

Im vorangestellten Einleitungsteil wurde zunächst die historische Entwicklung der deskriptiv-operationalen Diagnostik beleuchtet, einige dieser Diagnostik innewohnende, grundlegende epistemische Problemfelder aufgezeigt und ihren aktuellen Einsatz in der klinischen Forschung und Versorgungspraxis kritisch betrachtet. Desweiteren wurde das Klenico-Projekt in seinen Grundzügen dargestellt und insbesondere das Potenzial des Robuscal-Algorithmus als besondere Form des NMDS-Verfahrens im Rahmen der psychiatrischen Diagnostik erläutert. Schließlich wurden die zwei konkreten Zielsetzungen und Fragestellungen dieser Dissertationsschrift expliziert: In einem empirischen Teil soll der übergeordneten Frage nachgegangen werden, welche diagnostische Relevanz die Cluster-Unterteilung der depressiven Symptomatik gemäß BDI-II-Symptomkarte von Bühler, Keller und Läge (2012) aufweist, wobei jeder verwertbare Hinweis zu Behandlungsentscheidungen, zu Verläufen oder zu ätiologischen Konzepten als diagnostisch relevant gelten kann. In einem konzeptionellen Teil geht es darum, ein an den aktuellen Ausgaben der ICD und des DSM orientiertes, symptombezogenes und auf die Verwendung im Rahmen der Klenico-Software zugeschnittenes Item-Inventar zu erstellen, anhand dessen sich die relevanten Störungsbilder in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspraxis auf effiziente, präzise und nützliche Weise diagnostisch erfassen lassen.

Im nun folgenden Methodenteil wird dargelegt, wie und mit welchen Mitteln diese Fragestellungen beantwortet und die Zielsetzungen erreicht wurden. Dabei erscheint es sinnvoll, die Aufteilung in einen empirischen und einen konzeptionellen Teil beizubehalten, da sich deren Methode grundlegend unterschied: Während die Zielsetzung des empirischen Teils im Wesentlichen mit dem statistischen Standardrepertoire angegangen werden konnte, galt es im konzeptionellen Teil, zunächst schrittweise eine systematische Methode aufzubauen. Dabei ging es hauptsächlich um konkrete inhaltliche und formale Anforderungen sowie Entscheidungsregeln und -kriterien, die im Einzelnen zu explizieren, herzuleiten bzw. zu begründen waren.

2.1. Methode zum empirischen Teil

Im empirischen Teil dieser Dissertationsschrift steht die syndromale Unterteilung der BDI-II-Depressionssymptomatik (Beck, Steer & Brown, 1996) im Fokus und zwar nach der Cluster-Aufteilung, wie sie Bühler, Keller und Läge (2012) in der BDI-II-Symptomkarte konzipierten. Die diagnostische Relevanz dieser Cluster soll anhand eines empirischen Datensatzes dahingehend untersucht werden, ob sich daraus Schlussfolgerungen zu Behandlungsentscheidungen, zu Verläufen oder zu ätiologischen Konzepten ableiten lassen.

2.1.1. Patienten, Ablauf und Erhebungsinstrument

Die nachfolgenden Auswertungen basieren auf einem Datensatz von stationären Patienten der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee (D), die dort zwischen 2012 und 2017 behandelt wurden. Die Schön Klinik Roseneck ist auf die Behandlung eines weiten Spektrums an psychischen Störungen ausgerichtet. In die statistischen Untersuchungen gingen Patientendaten ein, die folgende Diagnosen bzw. Diagnosekombinationen aufwiesen:

- Hauptdiagnose einer unipolaren Depression (ohne Manie oder bipolare Störung)
- Hauptdiagnose einer Essstörung (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, atypische Anorexia nervosa, atypische Bulimia nervosa) in Kombination mit einer unipolaren Depression als Nebendiagnose
- Hauptdiagnose einer Angststörung (Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobien, Panikstörung, generalisierte Angststörung) in Kombination mit einer unipolaren Depression als Nebendiagnose
- Hauptdiagnose einer Zwangsstörung (vorwiegend Zwangsgedanken, vorwiegend Zwangshandlungen, Zwangsgedanken und -handlungen gemischt) in Kombination mit einer unipolaren Depression als Nebendiagnose

Bei Eintritt in die Schön Klinik Roseneck gaben alle Patienten eine schriftliche Einverständniserklärung zur wissenschaftlichen Verwertung der im Behandlungsverlauf routinemäßig erhobenen und anonymisierten Daten ab. Zu Beginn und gegen Ende der Behandlung füllten sie eine Reihe klinischer Fragebögen aus, darunter das BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) zur Erfassung der selbstberichteten depressiven Symptomatik.

Das BDI-II (Beck Depression Inventory-2; Beck, Steer, & Brown, 1996; deutsche Version von Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung depressiver Symptomatik in Anlehnung an die Kriterien einer Major Depression Episode gemäß DSM-IV (APA, 1994). Es besteht aus 21 Gruppen von Ich-Aussagen, die sich jeweils auf ein Symptom beziehen. Die Aussagen sind dabei abgestuft formuliert, um einen bestimmten Schweregrad der Symptomausprägung auszudrücken (z.B. Selbstablehnung: „Ich halte von mir genauso viel wie immer“ = 0; „Ich habe das Vertrauen in mich verloren“ = 1; „Ich bin von mir enttäuscht“ = 2; „Ich lehne mich völlig ab“ = 3). Der Patient wird aufgefordert, jeweils eine Aussage anzukreuzen, welche seine Verfassung im Zeitraum der letzten zwei Wochen am besten beschreibt. Die einzelnen Punkte werden zu einem individuellen Summenwert aufaddiert, wobei eine höhere Gesamtzahl eine stärkere Ausprägung der Depression indizieren soll. Das Beck Depression Inventory gilt als eines der am häufigsten eingesetzten klinischen Selbstbeurteilungsinstrumente und wurde allein im Zeitraum von 1961 bis 1998 in über 2000 empirischen Studien verwendet (Richter, Werner, Heerlein, Kraus & Sauer, 1998).

2.1.2. Statistische Analysen

Zum Vergleich der selbstberichteten depressiven Symptomatik gemäß BDI-II zu Beginn der stationären Behandlung wurden einfache t-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet. Dies erfolgte auf drei verschiedenen Integrationsstufen:

1. Die Unterschiede im Gesamtschweregrad der selbstberichteten depressiven Symptomatik wurden anhand der BDI-II-Summenwerte als abhängige Variablen untersucht.
2. Um Aufschluss darüber zu erhalten, ob die verschiedenen Stichprobengruppen spezifische Symptomprofile aufweisen, wurden die 21 BDI-II-Items in sechs Cluster-Gruppen unterteilt. Die strukturelle Grundlage hierfür bildete die NMDS-Karte, die Bühler, Keller & Läge (2012) auf der Basis derjenigen Daten errechnet hatten, welche auch der Validierung der deutschen BDI-II-Version dienten (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006; Kühner, Bürger, Keller & Hautzinger, 2007). Die resultierende NMDS-Struktur für das BDI-II war von Bühler, Keller & Läge (2014) sowie von Bühler, Seemüller & Läge (2014) zusätzlich faktorenanalytisch validiert worden und kann als stabiles Facettenmodell der BDI-II-Symptome verwendet werden. Im Zentrum der geometri-

schen Anordnung steht eine „Kernsymptomatik“ (Traurigkeit, Verlust von Freude, Interessenverlust, Entschlussunfähigkeit und Energieverlust), die eine positive Kovarianz zu allen anderen Facetten aufweist. Außen gruppieren sich: „negative Einstellung zum Selbst“ (Versagensgefühle, Schuldgefühle, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe und Wertlosigkeit), „Hoffnungslosigkeit“ (Selbstmordgedanken, Bestrafungsgefühle und Pessimismus), „gesteigerte Aktivierung“ (Reizbarkeit, Weinen und Unruhe), „psychovegetative Symptome“ (Verlust an sexuellem Interesse, Veränderung der Schlafgewohnheiten und Veränderung des Appetits) sowie „verminderte Aktivierung“ (Konzentrationsschwierigkeiten, Ermüdung). Im Unterkapitel zu den Symptomkarten (vgl. 1.4.2) wurde die BDI-II-Symptomkarte bereits ausführlich besprochen und dargestellt.

3. Schließlich wurden die verschiedenen Stichprobengruppen auch auf der Ebene einzelner Items verglichen. Dies diente der inhaltlichen Differenzierung der Symptomprofile sowie zur Überprüfung der Cluster-Struktur. Aufschlussreich kann dies v.a. dann sein, wenn die Platzierung der Symptome nicht nur kategorial, d.h. im Sinne von abgegrenzten Clustern gelesen wird, sondern auch dimensional. Dann nämlich lässt sich z.B. ein Symptom, welches am Rand eines Clusters und dadurch näher bei einem benachbarten Cluster liegt, unter Umständen als diesem benachbarten Cluster zugehörig interpretieren. In diesem Rahmen zeigt sich wiederum der Vorteil des Robuscal-NMDS-Verfahrens, welches Daten nicht nur aus kategorialer oder dimensionaler Perspektive erfassbar macht, sondern aus beiden Perspektiven gleichzeitig.

Das minimal zu erreichende einseitige Signifikanzniveau wurde für jede unabhängige Variable auf $p = 0,05$ gesetzt. Aufgrund des immensen Stichprobenumfangs erschien das Kriterium der Signifikanz zwar notwendig aber nicht hinreichend, um die Ergebnisse angemessen interpretieren zu können. Deshalb wurden neben den Signifikanzen jeweils auch die entsprechenden Effektgrößen (Cohen's d) berechnet.

Da Essstörungen vorwiegend in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter und deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern auftreten (Javaras et al., 2015), war zu erwarten, dass sich die beiden zu vergleichenden Gruppen hinsichtlich Geschlecht und Alter stark unterscheiden. Aus rein statistischer Sicht hätte man vor diesem Hintergrund Kovarianz- oder Regressionsanalysen mit gemischtem Modell berechnen können, um den Einfluss der beiden Variablen zu kontrollieren. Abgesehen von der Fragwürdigkeit der Voraussetzungen (z.B. Normalverteilung der Variablen) würde man bei der Anwendung solcher Verfahren aber nicht be-

rücksichtigen, dass die demografischen Unterschiede ein integraler Bestandteil des Störungsbildes sind. Deshalb entschieden wir, mit Hilfe der Case-Control-Funktion von SPSS eine in Bezug auf das Alter angepasste Stichprobe (matched sample) aus der Gruppe mit der Hauptdiagnose Depression zu ziehen und auf dieser Basis die oben erwähnten t-Tests erneut zu rechnen.

2.1.3. Darstellungsweise der Ergebnisse

Die Klenico-Software ermöglicht – wie im Kapitel 1.4.3 bereits ausführlich erläutert – die individuelle Einfärbung einer Symptomkarte gemäß aktueller Symptomausprägung. Diese intuitiv verständliche Darstellung lässt sich auch auf Gruppenebene anwenden, wobei hier dann die Mittelwerte einzelner Symptomausprägungen abgebildet werden. Im Gegensatz zum dreifach abgestuften Farbcode der Klenico-Symptomkarten wurde für die Ergebnisdarstellung dieser Untersuchung eine kontinuierliche Farbskala gewählt, damit die Gruppenmittelwerte differenzierter abzubilden sind. Zur prägnanteren Darstellung der clusterbezogenen Symptomprofile wurden außerdem die entsprechenden Kreissegmentflächen mittels Schattierungen hervorgehoben.

2.2. Methode zum konzeptionellen Teil

Das übergeordnete Ziel des konzeptionellen Teils lag darin, ein an der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) und am DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) orientiertes, symptombezogenes Item-Inventar zu erstellen, anhand dessen die relevanten Störungsbilder in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspraxis diagnostisch erfasst werden können.

Hierfür musste – im Gegensatz zur Datenanalyse des empirischen Teils, deren Methode zu großen Teilen dem statistischen Standardrepertoire entnommen werden konnte – eine eigenständige methodologische Systematik entwickelt werden. Im Wesentlichen bestand diese Systematik darin, für die einzelnen Arbeitsschritte spezifische inhaltliche und formale Anforderungen, Entscheidungsregeln und -kriterien zu explizieren, um sowohl bei den Auswahlprozessen als auch bei den Item-Formulierungen eine einheitliche und auf den Gesamtkontext der zu erstellenden Diagnostik-Software abgestimmte Vorgehensweise beizubehalten. Zur Erreichung der übergeordneten Zielsetzung waren insgesamt sieben Arbeitsschritte notwendig, die bereits im Rahmen der Fragestellungen (siehe 1.5.2) formuliert wurden und hier zur besseren Übersicht noch einmal erwähnt seien. Die ersten drei Arbeitsschritte betrafen den Aufbau des Symptomkatalogs:

1. Zunächst galt es, aus den aktuellen Verzeichnissen DSM-5 und ICD-10 aufgrund bestimmter Kriterien eine Auswahl an relevanten Störungskategorien zusammenzustellen.
2. Die ausgewählten Störungskategorien mussten wiederum zu Einheiten (Störungsbereichen) zusammengefasst werden, die im Rahmen der Klenico-Software gut handhabbar sind.
3. Aus den diagnostischen Kriterien (sowohl DSM-5 als auch ICD-10) der ausgewählten Störungskategorien mussten Einzelsymptome herausgelesen werden, wobei wiederum Kriterien aufzustellen waren, was als einzelnes Symptom gelten soll.

Die nachfolgenden vier Arbeitsschritte betrafen die Item-Formulierung:

4. Die einzelnen Symptome mussten aufgrund weiterer Kriterien dahingehend beurteilt werden, ob ihr Vorhandensein vom Betroffenen mit entsprechenden Vorgaben selbst beurteilt werden kann (= Selbstauskunftssymptome), oder ob sie von einem Diagnostiker mit entsprechendem Fachwissen zu beurteilen sind (= Diagnostiker-Symptome).

5. Für die Selbstauskunftssymptome galt es, Formulierungen zu finden, damit sie möglichst treffend die phänomenalen Qualitäten des Erlebens durch einen Betroffenen wiedergeben. Neben diesem semantischen Anspruch mussten die Formulierungen auch formalen Kriterien genügen, um in der Software eingesetzt werden zu können.
6. Für die Diagnostiker-Symptome mussten Anhaltspunkte formuliert werden, damit eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson das Vorhandensein möglichst treffsicher und effizient beurteilen kann.
7. Aus den Selbstauskunfts-Items war schließlich eine Auswahl zu treffen (Screening-Items), anhand der das Vorliegen weiterer Symptome im gleichen Störungsbereich besonders gut vorhersagbar erschien.

Im Folgenden wird die methodologische Systematik nun hergeleitet. Insbesondere beim vierten der oben genannten Arbeitsschritte, der Unterteilung in Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptome, zeigte sich eine weitere epistemische Besonderheit der psychiatrischen Diagnostik, nämlich das Spannungsfeld zwischen ich-dystoner und ich-syntoner Erlebensweise. Dieses soll als nächstes dargestellt und ein konkreter Umgang mit ihm erläutert werden. Desweiteren wird der gesamte Ablauf der Symptomerfassung mit der Klenico-Software beschrieben, weil dieser letztlich die technischen Rahmenbedingungen vorgab, auf die die Item-Formulierungen formal abzustimmen waren. Bei der inhaltlichen Gestaltung der Symptome wurde dagegen eine möglichst präzise, phänomenologische Beschreibung des subjektiven Empfindens der Betroffenen angestrebt. Um diese Präzision zu gewährleisten, zogen wir vorab ausgewiesene Experten für die jeweiligen Störungsbilder zu Rate. Die fertig ausformulierten Items legten wir diesen Experten schließlich wieder für ein Review vor, um die Formulierungen ggf. zu präzisieren, zu ergänzen oder zu kürzen. Der gesamte Prozess von der Experten-Auswahl über die Durchführung der Interviews bis zum Review wird nachfolgend erläutert. In den letzten zwei Abschnitten dieses Kapitels werden schließlich die Auswahl- und Formulierungsregeln zur eigentlichen Generierung des Item-Inventars expliziert und begründet. Dabei gliedern sich die beiden Abschnitte wieder nach den obenstehenden sieben Arbeitsschritten.

2.2.1. Verknüpfung der Innen- und der Außenperspektive

Die psychiatrische Diagnostik weist ein markantes, inhärentes Spannungsfeld auf: Auf der einen Seite gibt es psychische Störungen, bei denen die Betroffenen selbst eine Abweichung zu ihrem normalen Zustand wahrnehmen. Solche Abweichungen können beispielsweise die affektive Stimmung bei Depressionen, aber auch ein dauerhaft oder episodisch erhöhtes Angstgefühl bei Angststörungen betreffen. Desweiteren sind meistens auch intrusive Erlebnisse bei einer posttraumatischen Belastungsstörung, viele Zwangsgedanken, -impulse und -handlungen sowie körperliche Beschwerden bei somatoformen Störungen dazu zu zählen. In der Fachliteratur wird hierfür bisweilen der Begriff „Ich-Dystonie“ verwendet. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass der pathologische Zustand als ich-fremd empfunden und entsprechend beklagt wird (gr. *dystonos*: beklagenswert). In einem psychoanalytischen Verständnis meint der Begriff sogar „alles, was eine Person nicht als Teil seines Selbst akzeptieren kann oder Impulse, Wünsche, Gedanken, Gefühle und Emotionen, die für die Person abstoßend sind oder von ihr verleugnet werden“ (WHO & Dilling, 2009, S. 86). Im diagnostischen Kontext kann dies dazu führen, dass relevante Aspekte des Gesundheitszustandes verschwiegen oder bagatellisiert werden. Beispiele hierfür können die diversen Manifestationen von Suchtverhalten, aber auch schambehaftete Aspekte von Zwangsstörungen sein. Auf der anderen Seite werden viele Handlungs- und Verhaltensweisen, Auffassungen und Überzeugungen, die im Rahmen von psychischen Störungen auftreten, vom betroffenen Individuum als „ich-synton“ wahrgenommen, also im Einklang und übereinstimmend mit der eigenen Person (vgl. WHO & Dilling, 2009, S. 86–87), obwohl sie erhebliche Nachteile bis hin zur Selbst- oder Fremdgefährdung nach sich ziehen. Beispiele hierfür sind wahnhaftige Überzeugungen, paranoides Gedankengut, manische Zustände, gewisse Formen von Halluzinationen, aber auch viele Aspekte von Persönlichkeitsstörungen, autistische Erlebens- und Verhaltensweisen und sogar manche Formen von Essstörungen. Für den diagnostischen Prozess im engeren Sinn (vgl. 1.3.1.1) stellt dieses Spannungsfeld eine große Herausforderung dar, weil sie den Diagnostiker einerseits dazu nötigt, die Selbstauskunft eines Patienten laufend zu hinterfragen, er aber andererseits auf Aussagen des Patienten aus dessen Innenperspektive auch angewiesen ist.

Im Einleitungsteil wurde das Leib-Seele-Problem im Hinblick auf die epistemische Grundproblematik bei der Konzeption von psychischen Erkrankungen bzw. Störungen ausführlicher erörtert (vgl. 1.2.1). Die grundlegende Schwierigkeit, subjektive Empfindungen mit objektiven Tatsachen in Verbindung zu bringen bzw. auf diese zurück zu führen, verschärft gewissermaßen das eben skizzierte Spannungsfeld zwischen Ich-Syntonie und Ich-Dystonie:

Wenn das gesamte Spektrum psychischer Störungen von den Betroffenen als ich-dyston erlebt würde, könnte man sich vollständig auf ihre Selbstausskunft, also ihre Aussagen über ihr subjektives Empfinden, verlassen. Da dies aber nicht der Fall ist, sondern zahlreiche Aspekte psychischer Störungen als ich-synton erlebt werden, ist ein Diagnostiker genötigt, zusätzlich auf verfügbare Information objektiver Tatsachen oder auf objektivierende Methoden zurückzugreifen. Leider sind aber diese komplementären Seiten – die subjektiven Empfindungen der Betroffenen und die objektiven Gegebenheiten ihres organismischen Zustandes – auch im Bereich der psychiatrischen Diagnostik kaum miteinander in Verbindung zu bringen. Beispielsweise gibt es bis heute keinerlei exakten, objektiven Messmethoden, die es erlauben würden, subjektive Empfindungen wie dauerhafte depressive Verstimmungen, körperliche Schmerz- und Missempfindungen oder inadäquate Angstreaktionen als pathologisch zu identifizieren. Im alltäglichen diagnostischen Prozess ist dies in der Regel unproblematisch, weil hier die Ich-Dystonie meistens zuverlässig greift und die Patienten ihre Beschwerden oft sogar von sich aus vortragen. Deutlich wichtiger und hilfreicher wären objektive Messdaten aber, wenn es um die Differenzierung von ich-syntonen Wahnvorstellungen geht. Beispielsweise würde es den diagnostischen Prozess deutlich erleichtern, wenn es möglich wäre, eine bizarre Wahnvorstellung wie die Verfolgung durch Außerirdische von angemessenen Verfolgungsängsten etwa in einem totalitären Überwachungsstaat anhand objektiver, d.h. am organismischen Zustand festzumachender Fakten zu unterscheiden. Da dies aber bislang ebenso wenig möglich ist wie die objektive Beurteilung von Gefühlszuständen, bleibt die sorgfältige Interpretation und die abwägende Beurteilung der Selbstaussagen eines Patienten durch einen Diagnostiker bei vielen Störungsbildern nach wie vor unerlässlich. Wichtig ist dabei allerdings eine objektivierende Methodik, bei der Wahnbeurteilung beispielsweise die Fokussierung auf formale Aspekte wie die Fehlbeurteilung der Realität, die Unverrückbarkeit der Annahmen und deren apriorische Evidenz (vgl. AMDP, 2016). Bisweilen gibt es allerdings auch in der psychiatrischen Diagnostik Aspekte, die mit objektiven Messmethoden relativ zuverlässig erfasst werden können. Beispiele hierfür sind die Konsummengen bestimmter psychotrop wirksamer Substanzen, die anhand von Blut-, Urin- oder Atemtests sowie neuerdings auch anhand von Haaranalysen gut bestimmt werden können. Ein weiteres Beispiel ist im Bereich der Autismus-Spektrum-Störung zu finden. Hiervon Betroffene haben Schwierigkeiten, Emotionen in Gesichtern zu erkennen und können sich daher kaum unauffällig in alltägliche, zwischenmenschliche Gespräche einbringen (Tebartz van Elst, 2016). Diese Funktionsbeeinträchtigung ist nach objektiven (oder zumindest intersubjektiv nachvollziehbaren) Anhaltspunkten beurteilbar, wobei das subjektive Empfinden der Betroffenen – etwa, ob sie die Einschränkung als

ich-synton oder ich-dyston erleben – an einem solchen Befund letztlich nichts ändert. Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die psychiatrische Diagnostik mit zwei grundlegenden Problemstellungen umzugehen hat: dem Spannungsfeld zwischen Ich-Syntonie und Ich-Dystonie sowie dem Mangel an objektiven Messmethoden aufgrund des Leib-Seele-Problems. Relativ unproblematisch ist der Fall, wenn zwar keine objektiven Messmethoden verfügbar sind, dafür aber die Ich-Dystonie greift. Diagnostisch ebenfalls gut abgefangen werden können Fälle, in denen ein abnormer, für den Betroffenen (oder für seine Umwelt) schädlicher Zustand vorliegt, der von ihm ich-synton erlebt wird, für den es aber objektive Messmethoden gibt. Schwierig wird der diagnostische Prozess indes dann, wenn ebensolche Zustände ich-synton erlebt werden, es aber keine objektiven Messmethoden dafür gibt.

Bei der Konzeptionierung des Klenico-Systems mussten Lösungsansätze gefunden werden, um dieses der psychiatrischen Diagnostik innewohnende Spannungsfeld angemessen zu berücksichtigen. Eine kategoriale Unterteilung erschien dabei wenig sinnvoll, zumal gerade die Grenze zwischen Ich-Syntonie und Ich-Dystonie, aber auch das Vorliegen objektiver Messmethoden kaum je auf ganze Störungsbilder zutrifft. Die Differenzierung der beiden Aspekte musste daher auf Symptomebene stattfinden, wobei anzunehmen war, dass es sogar individuelle Unterschiede in Bezug auf die ich-syntone bzw. ich-dystone Erlebensweise desselben Symptoms gibt. Ebenso zu berücksichtigen waren einerseits die Bestrebungen zur Effizienzsteigerung, die für das Einholen möglichst vieler diagnostisch relevanter und systematisch verwertbarer Informationen beim Patienten sprachen (vgl. 1.4.5), andererseits die Forderung nach größtmöglicher diagnostischer Zuverlässigkeit.

Diese Überlegungen führten dazu, eine Art Überblendungsverfahren einzubauen, welches es erlaubte, mögliche Einschränkungen der Selbstauskunft – also der Innenperspektive – durch die Außenperspektive des Diagnostikers abzufangen und zwar auf der Ebene eines individuellen diagnostischen Falles. Die Basis hierfür stellte eine grundlegende Aufteilung in Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptome dar, wie sie bereits in den Fragestellungen (1.5.2) angetönt wurde. Eine ähnliche Unterteilung von Symptomen findet sich im AMDP-System (AMDP, 2016; vgl. 1.3.3.4), das jedoch als reines Fremdbeurteilungssystem konzipiert ist. Das bedeutet, dass das Vorliegen eines Symptoms auch dann durch den Diagnostiker beurteilt wird, wenn er dafür Selbstaussagen des Patienten benötigt. In Abgrenzung dazu ermöglicht das Klenico-System ein systematisiertes Einholen der Selbstauskunft mit symptombezogenen Items, so dass das Antwortverhalten des Patienten in den meisten Fällen als gültig-

ger Symptombefund gewertet werden kann und keiner detaillierten Überprüfung des Diagnostikers mehr bedarf⁴. Davon ausgenommen sind aber die Diagnostiker-Symptome (vgl. 1.5.2), die aufgrund bestimmter, im Folgenden zu explizierenden Merkmale nicht durch den Betroffenen selbst beurteilt werden können. Die Beurteilung dieser Diagnostiker-Symptome stellt im Klenico-System also gewissermaßen das Minimum an Arbeitsaufwand dar, welches der Diagnostiker zu erbringen hat. Durch das implementierte Überblendungsverfahren steht es ihm darüber hinaus aber frei, die Selbstauskunft eines Patienten in individueller Abstimmung zu überprüfen und gemäß seiner eigenen Einschätzung zu revidieren, was je nach Krankheitsbild mehr oder weniger dringend indiziert sein kann. Darüber hinaus ermöglicht das Überblendungsverfahren einen flexiblen Einsatz des Klenico-Systems je nach institutionellem Kontext. So kann eine umfassende Befunderhebung auch dann erfolgen, wenn zeitliche oder technische Restriktionen eine Selbstauskunft des Patienten verhindern, oder wenn der Patient aufgrund seiner aktuellen psychischen Verfassung gar nicht in der Lage ist, eine solche beizusteuern.

Wie das Überblendungsverfahren genau funktioniert, wird im nächsten Abschnitt erläutert. Abschließend sei hier noch einmal explizit betont, dass der Außenperspektive des Diagnostikers im Rahmen des Klenico-Systems eine objektivierende Funktion zugesprochen wird. Auch wenn dies erkenntnistheoretisch durchaus kritisch zu betrachten ist, scheint es auf die Praxis bezogen angemessen, dem Diagnostiker aufgrund seiner fachlichen Ausbildung, seiner berufsbezogenen Erfahrung, seiner anzunehmenden psychischen Gesundheit sowie der institutionellen Möglichkeiten, auf die er zurückgreifen kann, eine objektivierende Position zu attestieren. So werden dieser Außenperspektive auch die – insgesamt ja doch seltenen – Möglichkeiten objektiver Messmethoden zugeordnet. Um dennoch die subjektive Innenperspektive des Betroffenen als integralen Bestandteil des psychischen Befundes zu billigen, wird die Selbstauskunft des Patienten in ihrer ursprünglichen Form beibehalten und als eine eigenständige Symptomkarte (die nur aus Selbstauskunftssymptomen besteht) dargestellt.

⁴ Aus psychometrischer Perspektive ist hierfür ein empirisch basierter Abgleich der Klenico-Items mit bestehenden Selbstauskunftsinstrumenten im Sinne einer konvergenten Validierung (vgl. 1.2.3.1) angezeigt. Eine solche empirische Validierung stellt ein langfristiges Ziel der Klenico AG dar.

2.2.2. Die Symptomerfassung mit der Klenico-Software

Die Entwicklung, Konzeptionierung und Programmierung der Klenico-Software erfolgte zeitlich parallel zu der hier im Fokus stehenden Generierung des Item-Inventars. Methodische Überlegungen wie die Aufteilung in Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptome und die soeben erläuterte Verknüpfung der Innen- und der Außenperspektive (vgl. 2.2.1) waren dabei für beide Prozesse maßgeblich. Im Folgenden wird der Ablauf einer Symptomerfassung mit der Klenico-Software schrittweise erläutert und dabei auf die Software-Version vom Stand Juli 2018 Bezug genommen.

2.2.2.1. Allgemeiner Aufbau der Software

Die Klenico-Software ist grundsätzlich auf die Nutzung durch medizinische und psychologische Fachpersonen ausgerichtet und wird ausschließlich an solches Fachpersonal bzw. entsprechende Institutionen vertrieben. Jeder Nutzer – im Folgenden bisweilen auch einfach Diagnostiker genannt – erhält einen personalisierten und passwortgeschützten Account. In einem Account lassen sich beliebig viele Patientenprofile anlegen. Neben personenbezogenen Daten umfasst ein Patientenprofil wiederum eine beliebige Anzahl einzelner Symptomerhebungen desselben Patienten, die der Diagnostiker jeweils neu anlegen kann. Bevor eine neue Symptomerhebung gestartet werden kann, muss allerdings die vorhergehende Erhebung abgeschlossen bzw. in ihrem aktuellen Zustand archiviert werden. Dadurch entsteht automatisch eine Historie an bereits erfassten Symptomerhebungen, was die Basis für Veränderungskarten (vgl. 1.4.3) darstellt.

Eine Symptomerhebung besteht grundsätzlich aus zwei Elementen, die im Folgenden „Selbstauskunft“ und „Diagnostisches Interview“ genannt werden. Ersteres Element umfasst selbstredend alle Selbstauskunftssymptome, das zweite Element sämtliche Symptome des Symptomkatalogs (Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptome) sowie die Kodierungen der vom Diagnostiker vergebenen Diagnosen⁵. Aus Sicht der Datenbank-Architektur stellen die Elemente zwei getrennte, jedoch nicht unabhängige Datenzeilen dar, wobei im Prozess der

⁵ Es mag auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinen, dass in einem Diagnosesystem, welches – wie im Bisherigen ausführlich dargelegt – auf die symptomatische Befunderhebung ausgerichtet ist, auch die weiter abstrahierenden Diagnoseschlüssel (vgl. 1.3.1.6) registriert. Mindestens zwei Gründe sprachen aber für die Integration der ICD-Kodierungen: Erstens bietet die Klenico-Software damit dem praktisch tätigen Kliniker ein einheitliches Instrument von der Befunderhebung bis zur Diagnosestellung. Zweitens kann der Abgleich zwischen den Befunden und den dazu vergebenen Diagnoseschlüssel wesentliche Beiträge für die zukünftige Weiterentwicklung des Klenico-Systems liefern.

Symptomerfassung zu jedem Symptom ein bestimmter Wert eingetragen wird. Der prototypische Ablauf sieht vor, dass zunächst der Patient die Selbstauskunft bearbeitet. Ist die Selbstauskunft abgeschlossen, so werden die Symptomwerte einerseits als Datenzeile archiviert, andererseits direkt in die Datenzeile des Diagnostischen Interviews kopiert. Dadurch kann die Selbstauskunft als Ausgangslage für das Diagnostische Interview dienen. Dem Diagnostiker ist es nun möglich, die einzelnen Symptomwerte gemäß seiner Einschätzung zu verändern und die Diagnostiker-Symptome zu beurteilen, während die Selbstauskunft des Patienten in ihrer Originalität erhalten bleibt. Ein Spezialfall stellen dabei die sogenannten Symptom-Indikatoren dar. Dabei geht es – ähnlich wie bei den SF-Symptomen des AMDP-Systems (vgl. 1.3.3.4) – um eine Kombinationslösung aus Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptomen: Bisweilen kann eine Selbstauskunft zwar durchaus relevante Hinweise geben, ob das betreffende Symptom vorliegt, aber als valide Aussage zum Zustand des Patienten sollte sie dennoch nicht gewertet werden. Ein Grund hierfür könnte sein, dass sich die Operationalisierung eines bestimmten Symptoms trotz ausgeklügelter Formulierung nicht hinreichend differenziert gestalten lässt. Die Symptomwerte der Symptom-Indikatoren werden daher im Diagnostischen Interview mit besonderen Markierungen angezeigt, damit sie dort durch den Diagnostiker abschließend beurteilt werden. In der Selbstauskunftssymptomkarte werden sie indes nicht abgebildet.

Die Datenbankzeilen werden durch die Software auf zwei Arten visualisiert, einerseits als Markierungen auf der Benutzeroberfläche, andererseits als Symptomkarten (vgl. 1.4.2). Der erste Fall ist insbesondere im Prozesselement des Diagnostischen Interviews von Bedeutung, denn hier kriegt der Diagnostiker angezeigt, welche Symptome beim Patienten gemäß seiner Selbstauskunft vorliegen. Auch die Veränderungen und Ergänzungen, die der Diagnostiker vornimmt, sind sofort in den Markierungen ersichtlich. Die Visualisierung als Symptomkarte stellt wiederum alle Informationen einer Symptomerhebung in einer übersichtlichen und zugleich sehr detaillierten Form dar, wobei der Fokus auf der individuellen Symptomausprägung eines Patienten liegt. Symptomkarten können auf zwei Zoomstufen betrachtet und auch ausgedruckt werden.

Neben diesen zentralen Funktionen zur Symptomerfassung lassen sich in einem Benutzer-Account auch Patientenprofile verwalten und an andere Klenico-Nutzer übersenden. Die gesamte Software bietet ferner Möglichkeiten, innerhalb einer Institution eine passende Struktur der Nutzer-Accounts mit unterschiedlichen Einsichts- und Zugriffsrechten zu erstellen.

Außerdem weist sie eine Sicherheitsarchitektur auf, welche beispielsweise die getrennte Speicherung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten sowie deren verschlüsselte Übermittlung gewährleistet. Diese Aspekte sind jedoch für das Anliegen dieser Dissertationschrift nicht entscheidend und werden daher auch nicht weiter erläutert.

2.2.2.2. Selbstauskunft

Im Gegensatz zum Diagnostiker erhält der Patient keinen dauerhaften, personalisierten Account, sondern lediglich einen auf die Selbstauskunft beschränkten und vorübergehenden Zugang. Dieser wird ihm durch den Diagnostiker gewährt und erfolgt über ein Modul, das entweder über einen per E-Mail zu verschickenden Link oder direkt über den Diagnostiker-Account aufgerufen werden kann.

Das Selbstauskunftsmodul gliedert sich in fünf Abschnitte, wobei die ersten drei Abschnitte die akute Symptomatik und die letzten zwei Abschnitte die anamnestische, d.h. die vergangenheitsbezogene Symptomatik betreffen. Der Ablauf beginnt mit einem Screening der akuten Symptomatik. Hier wird der Patient instruiert, diejenigen Ich-Aussagen anzuklicken, die aktuell – vielleicht auch schon seit längerem – auf ihn zutreffen. Die Screening-Items werden ihm dabei auf mehreren Seiten in einer Anordnung von jeweils zwölf „Kacheln“ (in jeweils drei Spalten und vier Zeilen) präsentiert, wobei in jeder Kachel ein einzelnes Item steht. Klickt der Patient eine Item-Kachel an, so wird sie mit einem blauen Balken als zutreffend markiert. Der Patient kann die Seiten in seinem eigenen Tempo weiterklicken. Die Kacheln haben eine feste Größe um zu gewährleisten, dass die Items sowohl an einem herkömmlichen Computerbildschirm als auch auf einem Tablet mit einer Bildschirm-Diagonale von mindestens zehn Zoll gut lesbar erscheinen. Ihre Reihenfolge bzw. Position variiert sowohl innerhalb der Anordnung auf einer Seite als auch zwischen den Seiten nach Zufallsprinzip. So soll verhindert werden, dass einzelne Items aufgrund einer fixen Position über eine Patientenstichprobe hinweg systematisch häufiger oder weniger häufig angeklickt werden.

Als zweiter Abschnitt folgt eine weiterführende Symptomexploration in denjenigen Bereichen, deren Screening-Items der Patient als zutreffend markiert hat (vgl. 1.4.5)⁶. Dieser

⁶ In der Software-Version vom Juli 2018 ist ein Algorithmus eingebaut, der die weiterführende Symptomexploration bereits bei einem einzelnen als zutreffend markierten Screening-Item auslöst. Auf der Basis von empirischen Daten sollte es in Zukunft möglich sein, diesen Algorithmus differenzierter auf die Sensitivität und Spezifität der Screening-Items und zwar für jeden einzelnen Bereich anzupassen.

zweite Abschnitt kann also in seinem Umfang sehr stark variieren. Die Instruktion des Patienten und die Präsentation der Items bleiben dabei gleich wie beim Screening.

Der dritte Abschnitt steht im Zeichen der Ipsativen Messung (vgl. 1.4.5). Die bisher vom Patienten als zutreffend markierten Items soll er hier auf einer vertikalen visuellen Analogskala gemäß der von ihm empfundenen Belastung anordnen. Die maximal pro Seite zu bearbeitenden Items beläuft sich auch hier auf zwölf. Die zuvor ausgewählten Items stehen wiederum in Kacheln, die zu Beginn zu einem Stapel in der linken Bildschirmhälfte angeordnet sind. Der Patient wird instruiert, die Kacheln nacheinander zur visuellen Analogskala in der rechten Bildschirmhälfte zu ziehen und sie vertikal gemäß seiner subjektiv empfundenen Belastung anzuordnen. Die Kacheln bleiben dabei verschiebbar, bis der Patient eine Seite weiterklickt. Auf der folgenden Seite sind die nächsten zwölf Item-Kacheln aufgestapelt, usw. Mit der Anordnung aller zuvor ausgewählten Items ist die akute Symptomerfassung abgeschlossen.

Der vierte Abschnitt besteht wiederum aus einem Screening, diesmal jedoch für den anamnestischen Bereich, d.h. das, was der Patient aus der Vorgeschichte der aktuellen Symptomatik erinnert. Er wird dabei instruiert, diejenigen Items anzuklicken, die früher einmal auf ihn zugetroffen haben, dies aktuell aber nicht tun. Die Präsentation der Items erfolgt dabei analog zum ersten Abschnitt.

Der fünfte Abschnitt beinhaltet die weiterführende anamnestische Symptomexploration auf der Basis des anamnestischen Screenings. Auch hier bleiben die Instruktion des Patienten und die Präsentationsform der Items dieselbe wie im vorangehenden Abschnitt. Die ipsative Anordnung fällt im anamnestischen Teil weg und zwar aus zwei Gründen: Zum einen würde dadurch in den meisten Fällen wohl eine Scheingenauigkeit implementiert, da kaum ein Patient in der Lage sein dürfte, teils mehrere Jahre zurückliegende Symptomausprägungen gegeneinander abzuwägen. Zum anderen soll dadurch die visuelle Erfassbarkeit der Symptomkarte gewährleistet bleiben. Eine zweite, auf die Anamnese bezogene Symptomausprägung müsste durch ein von der akuten Symptomausprägung deutlich abgrenzbares Farbcode-System dargestellt werden, wohingegen eine dichotome Beurteilung („lag vor“ vs. „lag nicht vor“) eine einfachere Darstellung mittels grauer Dreiecke (in Abgrenzung zu den farbigen Kreisen des akuten Bereichs) erlaubt.

2.2.2.3. Diagnostisches Interview

Während bei der Selbstauskunft ein klarer Ablauf vorgegeben ist, lässt sich das Modul des Diagnostischen Interviews flexibler bedienen. Es ist darauf ausgelegt, dass es dem Diagnostiker in einer realen Interview-Situation mit dem Patienten über ein Tablet oder einen PC als interaktiver Gesprächsleitfaden dient. Aufrufen lässt es sich ausschließlich über den Account eines Diagnostikers und im Rahmen einer Symptomerhebung eines bestimmten Patientenprofils. Sofern eine Selbstauskunft des Patienten vorliegt, werden die einzelnen Symptomwerte daraus automatisch übernommen. Ist dies nicht der Fall, so startet das Modul ohne Basis der Selbstauskunft, wodurch für den Diagnostiker deutlich mehr Arbeitsaufwand anfällt.

Die Benutzeroberfläche des Diagnostischen Interviews weist drei hierarchische Ebenen auf: Auf der obersten Ebene wird eine überschaubare Anzahl von Störungsbereichen in Form von Kacheln präsentiert. Jeder dieser Störungsbereiche umfasst eine gewisse Anzahl an Symptomen. Einzelne Störungsbereiche können Unterbereiche aufweisen, damit die Symptomanzahl pro Bereich überschaubar bleibt. Wenn in der zugehörigen Selbstauskunft oder in der bisherigen Bearbeitung des Diagnostischen Interviews einzelne Symptome als zutreffend markiert wurden, so erscheint auch der entsprechende Störungsbereich auf der obersten Ebene markiert. So erhält der Diagnostiker bereits auf der obersten Ebene die Information, in welchen Bereichen eine Symptomatik gemäß Selbstauskunft vorliegt.

Klickt der Diagnostiker auf die Kachel eines Bereichs, so gelangt er in die mittlere Ebene, auf der die einzelnen Symptome des Bereichs wiederum als Kacheln aufgeführt sind. Diese mittlere Ebene ist visuell in drei Felder aufgeteilt: Oben links sind die Diagnostiker-Symptome (vgl. 1.5.2) des aktuellen Bereichs zu finden. Oben rechts sind eventuell vorhandene Symptom-Indikatoren angeordnet. Diese beiden Felder soll der Diagnostiker in jedem Fall bearbeiten. Darunter sind in einem dritten Feld die Selbstauskunftssymptome aufgelistet. Die Symptom-Kacheln aller drei Felder sind jeweils markiert, wenn sie entweder vom Patienten in der Selbstauskunft oder vom Diagnostiker im Diagnostischen Interview als zutreffend beurteilt wurden. Symptom-Indikatoren, die der Patient in der Selbstauskunft als zutreffend markiert hat, sind mit einem besonderen Warnhinweis versehen, der den Diagnostiker zur Überprüfung animieren soll. Symptome, die nicht markiert sind, werden von der Software als „nicht vorhanden“ registriert. Diese mittlere Ebene der Symptomerfassung ist zusätzlich in zwei Abschnitte unterteilt: der erste Abschnitt betrifft die akute Symptomatik, der zweite Abschnitt die anamnestische. Von ihrer Funktionalität her sind die beiden Abschnitte identisch aufgebaut.

Durch Klicken auf eine Symptom-Kachel gelangt der Diagnostiker auf die unterste Ebene, auf der Informationen und Beurteilungsanweisungen zu jedem einzelnen Symptom zu finden sind. Konkret gibt es drei Felder mit drei Kategorien an Informationen: eine spezifische diagnostische Frage, das Ich-Aussage-Item, das der Patient gegebenenfalls als zutreffend markiert hat, und eine Definition. Allerdings sind zu den drei Kategorien nicht bei jedem Symptom Informationen hinterlegt. Bei Diagnostiker-Symptomen fehlt beispielsweise in den meisten Fällen die Ich-Aussage. Auch werden nur dann Definitionen vorgegeben, wenn die Symptombezeichnungen nicht selbsterklärend erscheinen. Im Definitionsfeld sind – sofern es zur Klärung beiträgt – auch konkrete Hinweise zur Beurteilung des Symptoms zu finden. Die diagnostischen Fragen stellen in den meisten Fällen das inhaltliche Äquivalent zu den Selbstauskunfts-Items dar. Zu Diagnostiker-Items, die nur aus der Beobachtung oder aus der bisherigen Krankenakte zu erschließen sind, gibt es wiederum keine diagnostischen Fragen. Einige Symptome weisen sogenannte Subspezifikationen auf, dann etwa, wenn eine inhaltliche Präzisierung wichtige diagnostische Hinweise liefern kann.⁷ Als weitere Bedienhilfe ist ein sogenannter „Wizard-Mode“ aufrufbar, der eine fortlaufende Bearbeitung der Symptome innerhalb eines Bereichs auf der untersten Ebene ermöglicht, ohne dafür zur mittleren Ebene zu wechseln.

Die Symptomerfassung auf besagten drei Ebenen dient lediglich der dichotomen Beurteilung, welche Symptome vorliegen und welche nicht. In einem weiteren Schritt wird der Diagnostiker angehalten, zu jedem Symptombereich einen von fünf schematischen Verlaufstypen zuzuordnen. Die fünf Typen werden folgendermaßen charakterisiert: „seit Wochen“, „seit mehreren Monaten oder Jahren“, „seit der Kindheit“, „episodisch“, sowie „nur eine Phase, keine akute Symptomatik“. Der letztgenannte Verlaufstyp kann selbstredend nur eine anamnестische Symptomatik betreffen. Zu jedem Verlaufstyp ist ein Symbol aufgeführt, wobei das für den Bereich ausgewählte Symbol auch in der Diagnostiker-Symptomkarte zu finden ist.

Der letzte Arbeitsschritt im Modul des Diagnostischen Interviews besteht aus der ipsativen Anordnung. Die Funktionalität hierfür ist identisch mit derjenigen in der Selbstauskunft (vgl. 2.2.2.2). Allerdings bezieht sich die instruktive Beschriftung der visuellen Analogskala hier nicht auf die (vom Patienten subjektiv empfundene) Belastung, sondern auf den (objektiv festzustellenden) Schweregrad. Sofern der Patient in der Selbstauskunft eine ipsative Anord-

⁷ Strukturell gesehen weist das Modul des Diagnostischen Interview eigentlich vier Ebenen auf: Bereiche – Unterbereiche – Symptome – Subspezifikationen. Die Benutzeroberfläche ist in ihrer grafischen Darstellung aber dennoch in drei Bedienebenen aufgeteilt.

nung erstellt hat, wird diese standardmäßig ins Diagnostische Interview übernommen. Zusätzliche, durch den Diagnostiker als zutreffend markierte Symptome werden in Stapeln zur Einordnung in die bestehende Anordnung präsentiert. Die bestehende Anordnung kann schließlich durch den Diagnostiker verändert werden, was insbesondere dann angezeigt ist, wenn ein

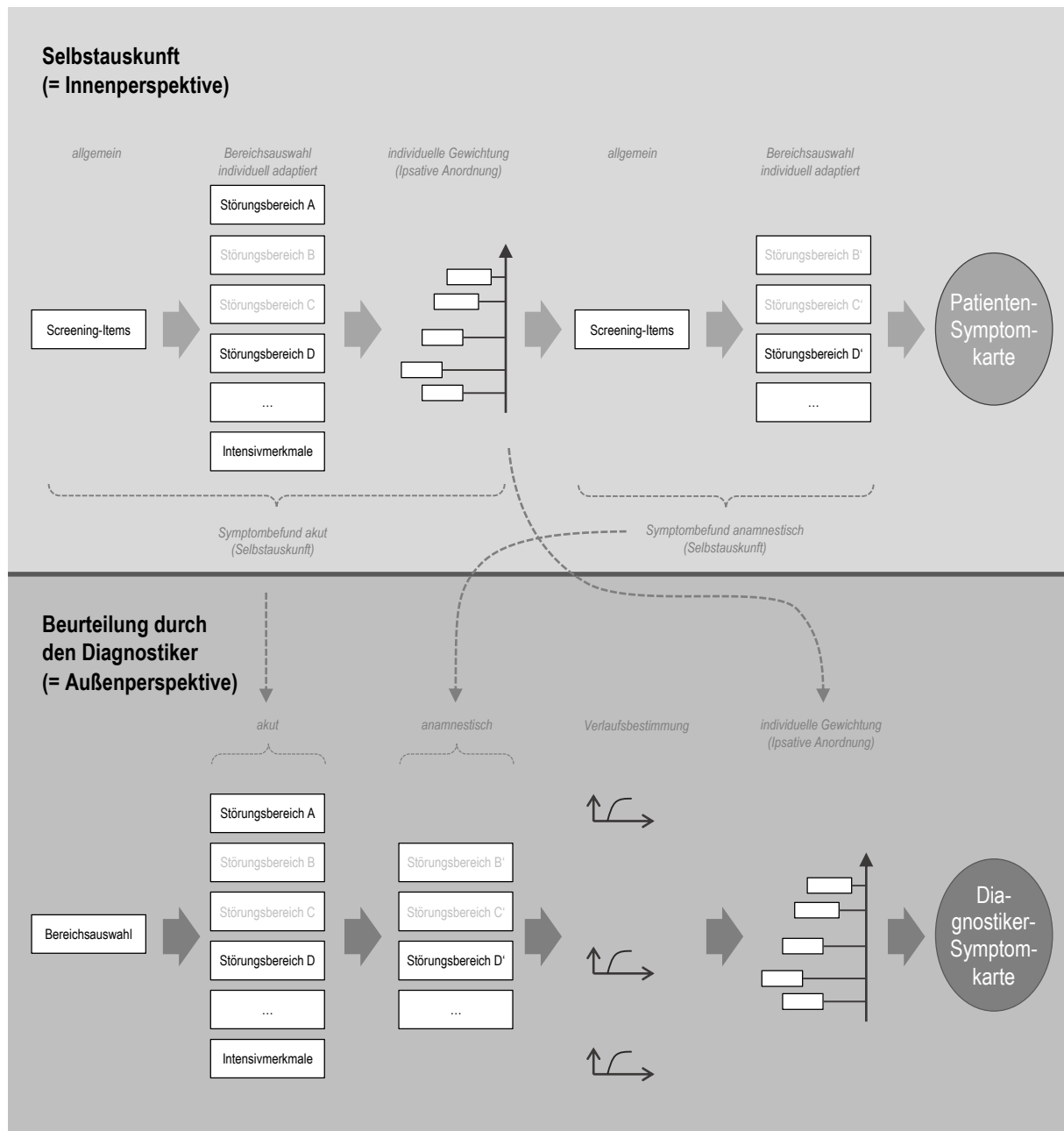


Abbildung 2.1: Schematischer Ablauf einer prototypischen Symptomerfassung mit der Klenico-Software.

Symptom in der Innenperspektive des Betroffenen zwar keine große Belastung darstellt, in der Außenperspektive des Diagnostikers aber einen hohen Schweregrad aufweist. Denkbar wäre dies z.B. im Bereich der Abhängigkeiten, bei Essstörungen, oder bei psychotischen

Symptomen. Abbildung 2.1 gibt den gesamten Ablauf der Symptomerhebung sowie die Informationsverknüpfungen innerhalb der Software auf schematische Weise wieder. Die gestrichelten Linien symbolisieren den Informationsfluss innerhalb der Software.

2.2.3. Experten-Interviews und Review-Prozess

Für das zu erstellende Item-Inventar wurden bereits mehrere Anforderungen expliziert: Auf formaler Seite sollte es sich in die Konzeption der Klenico-Software und dabei in erster Linie in die Rahmenbedingungen der Ipsativen Messung (vgl. 1.4.5) einfügen. Auf inhaltlicher Seite sollten damit die relevanten Störungsbilder nach ICD-10 bzw. DSM-5 erfassbar gemacht werden. Bei denjenigen Aspekten, die vom Betroffenen zuverlässig als Veränderungen registriert werden können, sollten die Selbstauskunfts-Items auf phänomenologische Weise möglichst präzise die Empfindung eines Betroffenen bei einem spezifischen Symptom zum Ausdruck bringen (vgl. 1.2.1.4). Um dies zu gewährleisten, boten sich methodisch zwei Herangehensweisen an: In einem induktiven Prozess wäre ein breit angelegter Grundstock an ausformulierten Items nach psychometrischen Gesichtspunkten schrittweise reduziert worden (vgl. Bühner, 2006, S. 48). Hierfür hätte man einer geeigneten Stichprobe zu jedem Symptom mehrere Item-Formulierungen zur Beantwortung vorgelegt und anschließend die „beste“ Formulierung aufgrund von psychometrischen Analysen bestimmt. Dieses Vorgehen hätte allerdings zwei gewichtige Nachteile gebracht: Erstens ist die nach psychometrischen Gesichtspunkten „beste“ Formulierung nicht unbedingt auch die inhaltlich präziseste. Die Methode läuft nämlich Gefahr, ein zwar statistisch homogenes, inhaltlich aber kaum noch mit dem beabsichtigten Konstrukt in Verbindung stehendes Item-Inventar zu generieren (vgl. 1.2.3.1). Zweitens hätte man der Normierungsstichprobe bei induktivem Vorgehen eine deutlich höhere Anzahl an Items zur Beantwortung vorlegen müssen, als letztlich im diagnostischen Instrument verwendet worden wären. Bei der zu erwartenden Menge an Symptomen wäre hier eine dermaßen hohe Arbeitsbelastung für die Befragten angefallen (bzw. hätte die Stichprobe bei einer Aufteilung des Inventars so umfangreich sein müssen), dass das Vorhaben kaum noch realisierbar geworden wäre. Alternativ bot sich eine deduktive Herangehensweise an (Bühner, 2006, S. 48), bei der die beste und präziseste Formulierung mittels theoretischer Überlegungen vom beabsichtigten Konstrukt – bzw. Symptom – abgeleitet wird. Diese Variante war für das hier zu erstellende Item-Inventar also klar zu bevorzugen, zumal sie viel besser gewährleisten konnte, dass die Items das beabsichtigte Konstrukt operationalisieren.

Um sicherzustellen, dass die Formulierung möglichst genau den Erlebnisinhalt von Betroffenen wiedergibt, bot sich wiederum die Befragung von Experten an: Wissenschaftler, die sich über mehrere Jahre oder sogar Jahrzehnte hinweg intensiv mit gewissen Störungsbildern und -konzepten auseinandergesetzt haben, sollten in der Lage sein, das zunächst rein subjektive Empfinden der Betroffenen nachzuempfinden, auf einer allgemeineren Ebene zum Ausdruck zu bringen und zu reflektieren. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn sie in ihrem Alltag nicht nur wissenschaftlich tätig sind, sondern auch noch einen Bezug zur Versorgungspraxis und somit Kontakt mit den entsprechenden Patienten haben.

Im Rahmen des Weiterentwicklungsprojekts der Klenico-Software führten wir insgesamt 18 Interviews mit ausgewählten Experten. Die Auswahl der Experten vollzogen wir nach einer bestimmten Systematik, der die folgenden Regeln und Kriterien zugrunde lagen:

- *Befragt werden ausgewiesene wissenschaftliche Experten und zwar entweder für eine bestimmte Störung oder eine Störungsgruppe oder für die Thematik einer umfassenden Symptomerhebung.*

Als Indikatoren für die wissenschaftliche Expertise in einem Gebiet wurden entweder die Mitautorenschaft einer S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)⁸ oder eine thematisch entsprechende Publikationsliste in wissenschaftlichen Journals mit Peer Review oder die Publikation von störungsspezifischen Fachbüchern oder Fachbuchartikeln gewertet.

- *Zusätzlich sollen sich die zu befragenden Experten durch wissenschaftliche Exzellenz auszeichnen.*

Als Indikatoren für wissenschaftliche Exzellenz wurde entweder die erfolgte Berufung auf einen Lehrstuhl oder ein gehaltenes Referat an einem European Congress of Psychiatry⁹ neueren Datums oder die Beteiligung an der Weiterentwicklung der ICD oder des DSM oder besondere Auszeichnungen wie verliehene Preise, Ehrenmitgliedschaften, etc. gewertet.

- *Zusätzlich sollen die zu befragenden Experten einen aktuellen und aktiven Praxisbezug haben.*

⁸ Die AWMF ist der deutsche Dachverband von aktuell 184 Fachgesellschaften der Medizin. Sie koordiniert die Entwicklung von medizinischen Leitlinien für Diagnostik und Therapie. (AWMF, 2019)

⁹ Der European Congress of Psychiatry findet einmal jährlich statt und wird von der European Psychiatric Association (EPA) organisiert. Er gilt als wichtigste Zusammenkunft von europäischen Psychiatricexperten. (EPA, 2019).

Als Indikatoren für einen solchen Praxisbezug wurde entweder die Mitautorenschaft einer S3-Leitlinien der AWMF oder die Mitgliedschaft in einer störungsspezifischen Interessegruppe bzw. einer entsprechenden Gesellschaft oder die Publikation von Ratgeberliteratur oder die Tätigkeit in einer Klinik oder in einer eigenen Praxis oder Supervisionstätigkeit oder regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit gewertet.

- *Zusätzlich sollen die zu befragenden Experten ihr Arbeitsgebiet im deutschsprachigen Raum haben.*

Um sprachliche Feinheiten bei der Item-Formulierung beurteilen zu können, erschien die mündliche und schriftliche Beherrschung der deutschen Sprache eine zwingende Voraussetzung. Das Kriterium, Deutsch als Muttersprache zu haben, wäre dagegen zu restriktiv gewesen. Deshalb wurde die Bedingung, dass die Experten ihr Arbeitsgebiet im deutschsprachigen Raum haben, als angemessen und auch gut überprüfbar erachtet.

- *Zusätzlich mussten die zu befragenden Experten zeitlich verfügbar sein.*

Da die Projektdauer der Weiterentwicklung der Klenico-Software sehr begrenzt war, ergaben sich automatisch zeitliche Restriktionen im Sinne von Zeitfenstern, innerhalb derer die Interviews stattfinden mussten.

- *Zusätzlich mussten die zu befragenden Experten der Mitarbeit zustimmen.*

Auch wenn dieses Kriterium selbstverständlich erscheint, bedeutet es letztlich, dass die Experten im Vorfeld vom Klenico-Projekt und dessen Potenzial bzw. dessen Wichtigkeit überzeugt werden mussten. Dies geschah im Wesentlichen anhand eines E-Mail-Anschreibens, dem zu Illustrationszwecken eine Symptomkarte beigelegt war. Im Anschreiben wurde auch ein Honorar in Höhe von etwa 300 € pro Stunde in Aussicht gestellt, was einem üblichen Beratungsansatz für ausgewiesene Experten entspricht. Damit sollte einerseits erreicht werden, dass die vereinbarten Interviewtermine eine hohe Verbindlichkeit bekamen und nicht aufgrund kurzfristiger Planungsänderungen gekürzt oder verschoben werden. Andererseits diente das Honorar auch dazu, nicht vollständig von der Wichtigkeits- und Dringlichkeitseinschätzung der Experten abhängig zu sein, sondern unsererseits die hohe Wertigkeit des Expertenwissens für das Klenico-Projekt zum Ausdruck zu bringen.

Die eigentliche Zusammenstellung des Experten-Ausschusses erfolgte in zwei Phasen. Zunächst erstellten wir aufgrund der eben erwähnten Kriterien eine größere Auswahlliste, die im

Wesentlichen an den Störungskategorien der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) orientiert war. Dabei dienten uns folgende Informationsquellen bei der Suche nach geeigneten Personen:

- Website der EPA (EPA, 2019). Die hier zu findende Auflistung der Referenten und Referatsthemen wurde nach passenden Inhalten durchforstet.
- AWMF-Leitlinien (AWMF, 2019). Die maßgeblichen Autoren der nach Störungskategorien verfassten S3-Leitlinien wurden als mögliche Kandidaten erachtet.
- Fachbücher. Die Autoren der Kapitel zu den jeweiligen Störungskategorien erachteten wir als mögliche Kandidaten. Dafür wählten wir zwei deutsche Standardwerke, nämlich das psychiatrisch orientierte „Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie“ (Berger, 2012) und das aus der Psychologie stammende „Lehrbuch klinische Psychologie“ (Perrez & Baumann, 2005).
- Die Meta-Datenbank PubMed. Einerseits brachten wir hier für jeden potenziellen Interview-Partner die Quantität der Publikationen als Erstautor sowie als Co-Autor in wissenschaftlichen Journals mit Peer Review in Erfahrung. Andererseits gaben uns die Publikationstitel auch Hinweise auf das primäre Forschungsinteresse des Experten.
- Website von Amazon Deutschland. Die Suchanfrage mit dem Namen des jeweiligen Experten gab uns Hinweise auf die mögliche Autorenschaft von Ratgeber-Literatur für Betroffene oder ähnliche populärwissenschaftliche Publikationen.
- Websites der Institutionen, bei denen die Experten angestellt waren. In den meisten Fällen handelte es sich um Unterseiten von universitären Websites, manchmal auch um privat betriebene Websites der Experten. Hier konnten wir ebenfalls Inhalt und Quantität der Publikationen einsehen, vor allem aber Hinweise auf die wissenschaftliche Exzellenz wie Professuren, Preise und Auszeichnungen gewinnen.

Auf der Basis der in diesen Quellen gewonnenen Informationen reduzierten wir die Auswahl-liste anhand der oben genannten Kriterien auf eine „Shortlist“. Dabei achteten wir darauf, dass jeder Störungsbereich von mindestens einem Experten abgedeckt wurde. Die Experten der Shortlist kontaktierten wir in der zweiten Phase per E-Mail. Wenn sie eine Zusage gaben, ver-

einbarten wir mit ihnen ein Interview-Termin. Wenn ein Experte absagte oder bei wiederholter Kontaktaufnahme nicht antwortete, suchten wir aus der längeren Auswahlliste eine Alternative für ihn.

Jedes Experten-Interview dauerte zwischen eineinhalb und dreieinhalb Stunden, fand am Arbeitsort des Experten statt und hatte ein bis zwei verschiedene Störungsbilder oder auch allgemeine Aspekte der psychiatrischen Diagnostik zum Thema. Die Gesprächsinhalte dienten uns dazu, ein tieferes Verständnis für die jeweiligen Störungskonzepte zu erarbeiten, diesbezügliche Unklarheiten zu beseitigen, Einblick in die Erlebensweise der Betroffenen zu erhalten und Ideen für inhaltlich präzise Item-Formulierungen zu entwerfen. In einem ersten Teil ergründeten wir jeweils, inwieweit das Konstrukt der betreffenden Störungskategorie, wie es vom Experten aufgrund seiner praxisbezogenen und wissenschaftlichen bzw. theoretischen Arbeit verstanden wurde, mit den diagnostischen Kriterien in Einklang stand. Um diesbezügliche Feinheiten der Konzepte aufzuspüren, bezogen wir uns beispielsweise auf die Unterschiede zwischen der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) und dem DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015), die wir uns von den Experten erläutern ließen. Zudem erfragten wir die wissenschaftlich fundierte Meinung des Experten zu solchen Differenzen, die mitunter auch den Forschungsfortschritt in Psychiatrie, Psychologie und Neurowissenschaften widerspiegeln. In einem zweiten Teil explorierten wir konkrete diagnostische Indikatoren, die für das Klenico-System verwertbar erschienen. Dabei waren wir bestrebt, das Möglichkeitsspektrum zunächst sehr weit aufzufächern, um auch wissenschaftlich belastbare diagnostische Alternativen zu den der ICD- und DSM-Kriterien zu berücksichtigen. Teilweise diskutierten wir mit den Experten bestehende Erhebungsinstrumente oder fragten sie nach konkreten Formulierungen, um im Gespräch mit Patienten das Vorliegen bestimmter Symptome in Erfahrung zu bringen. Schließlich baten wir sie auch um Ideen oder Einschätzungen zu möglichen Screening-Items. Die Interviews wurden mit dem Einverständnis des jeweiligen Experten auf einen Tonträger aufgenommen, dabei aber von einer vollständigen Veröffentlichung des Interviews abgesehen.

Die Feinarbeit der Item-Formulierung fand in den meisten Fällen nach den Interviews statt. Den Experten legten wir im zeitlichen Abstand von etwa vier Monaten die Symptomzerlegung und die ausformulierten Items des jeweiligen Störungsbereichs nochmals vor und ersuchten sie auf der Basis eines kurzen Leitfadens um ein Review. Konkret wurden sie um eine kritische Überprüfung unserer Vorlagen anhand folgender Punkte gebeten:

1. Überprüfung der semantischen Validität der Selbstaussage-Items, der diagnostischen Fragen sowie der Richtigkeit der jeweiligen Symptomdefinitionen.

Die Instruktion dazu lautete: „Bitte notieren Sie direkt in die Liste, wenn Ihnen inhaltliche Ungenauigkeiten oder Fehler bei einer dieser drei Item-Arten auffallen. Sehr gerne dürfen Sie auch Verbesserungsvorschläge machen.“

2. Eventuell nötige Ergänzungen bei der getroffenen Symptomauswahl, um den jeweiligen Störungsbereich hinreichend genau abbilden zu können.

Die Instruktion dazu lautete: „Notieren Sie bitte direkt in die Liste fehlende Symptome oder Merkmale, die Sie für relevant halten. Gerne dürfen Sie auch Ideen für entsprechende Aussage-Items, diagnostische Fragen und Definitionen vermerken.“

3. Reduzierungsvorschläge, falls bestimmte Symptome überflüssig oder nicht angemessen operationalisierbar erscheinen.

Damit die Reduzierungsvorschläge wohlüberlegt erfolgen, wurden die Experten auf folgende Aspekte hingewiesen:

- Der Störungsbereich soll in seinen wichtigsten und häufigsten phänomenologischen Ausprägungen auf Symptomebene hinreichend differenziert abgebildet werden.
- Der Differenzierungsgrad soll sich dabei an der Therapieindikation orientieren und zwar für das ganze therapeutische Spektrum (nicht nur Pharmakotherapie).
- Unterschiedliche Auffassungen von Experten sollten berücksichtigt bleiben, sofern es sich dabei nicht um Einzelmeinungen oder radikale Positionen handelt.

Die Instruktion zu den Reduzierungsvorschlägen lautete: „Streichen Sie bitte – unter Berücksichtigung der genannten Punkte – direkt in der Liste diejenigen Symptome, die sie für irrelevant halten. An einer kurzen Begründung wären wir natürlich sehr interessiert.“

2.2.4. Methode zum Aufbau des Symptomkatalogs und zur Item-Formulierung

Die eigentliche Erstellung des Item-Inventars erfolgte in sieben Teilschritten. Die ersten drei Arbeitsschritte bei der Generierung des Item-Inventars dienten dazu, aus den diagnostischen

Verzeichnissen eine Auswahl an relevanten Störungskategorien zu treffen, diese zu inhaltlich kohärenten Gruppen zusammenzufassen und aus den diagnostischen Kriterien nach DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) und ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) die einzelnen Symptome zu extrahieren. Zur Verdeutlichung sei an dieser Stelle noch einmal explizit erwähnt, dass wir Symptome zunächst als Konstrukte betrachteten, die in einem weiteren Schritt – im Sinne der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik – messbar gemacht werden müssen. Eine solche Operationalisierung der Symptome erfolgt im Klenico-System durch die Formulierung von Items, d.h. Ich-Aussagen oder Definitionen, die vom Patienten wie auch vom Diagnostiker sowohl dichotom (liegt vor vs. liegt nicht vor) als auch dimensional (Belastungsmaß bzw. Schweregrad) beurteilt werden können. Die methodische Systematik zur Zusammenstellung des Symptomkatalogs und zur Umsetzung der Operationalisierung durch Items wird im Folgenden erläutert.

2.2.4.1. Kriterien für die Auswahl der Störungskategorien

Der erste Schritt in der Erstellung des geplanten Item-Inventars bestand darin, auf der Basis des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) und der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) eine Auswahl an relevanten Störungskategorien für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungspraxis zusammenzustellen. Dieser Reduzierungsschritt war notwendig, weil die beiden internationalen Verzeichnisse den Anspruch der Vollständigkeit aufweisen, also jede bekannte und hinreichend abgrenzbare psychische Störung aufführen. Für den geplanten Einsatz der Klenico-Software ist ein solcher Vollständigkeitsanspruch nicht angemessen, weil der daraus folgende, immense Umfang die Handhabbarkeit der Software deutlich einschränken würde. Dennoch sollte das Item-Inventar für die Klenico-Software umfassend sein und gewährleisten können, dass keine wichtige psychische Erkrankung im diagnostischen Prozess übersehen wird (vgl. 1.5.2). Insofern war bei der Auswahl der Störungskategorien ein Mittelweg zu suchen, der hinsichtlich einer möglichen Behandlungsplanung ausreichend differenziert und trotzdem so knappgehalten war, dass die Bearbeitungszeit sowohl für den Patienten als auch für den Diagnostiker möglichst gering blieb. Konkret wurden folgende Kriterien bei der Auswahl berücksichtigt:

- *Eine aufzunehmende Störungskategorie soll das Erwachsenenalter betreffen.*

Damit hing eine grundlegende (unternehmerische) Strategie zusammen, nämlich, die Klenico-Software zunächst nur auf die Erwachsenenpsychiatrie auszurichten. Da der

Kinder- und Jugendbereich in der psychiatrischen Versorgung nicht nur in Bezug auf Berufsgruppen, sondern oft auch institutionell stark vom Erwachsenenbereich abgegrenzt ist, lag es nahe, sich auf den potenziell größeren Marktbereich zu konzentrieren und dadurch insbesondere in der Entwicklungsphase eine bessere Konzentration der Ressourcen zu ermöglichen. Darüber hinaus gewährleistete die Fokussierung auf den Erwachsenenbereich, dass die Symptomerfassung übersichtlich und handhabbar blieb.

- *Eine aufzunehmende Störungskategorie soll entweder eine bedeutsame Prävalenz aufweisen oder – wenn die Prävalenz sehr gering ist – gravierende Beeinträchtigungen nach sich ziehen.*

Es dürfte selbsterklärend sein, dass sehr seltene Störungsbilder, die zu keiner bedeutsamen Beeinträchtigung führen, problemlos aus dem Item-Inventar ausgeschlossen werden konnten. Wenn dagegen eine Störungskategorie eine niedrige Prävalenz aufweist, die daraus folgenden Beeinträchtigungen für die Betroffenen aber sehr gravierend bzw. die Risiken für Folgeerkrankungen sehr hoch sind, darf sie im diagnostischen Prozess nicht übersehen werden. In einem solchen Fall wäre auch eine seltene Störungskategorie in das Item-Inventar aufzunehmen. Die Festlegung eines numerischen Schwellenwerts erscheint allerdings angesichts der heute noch stark variierenden Prävalenzschätzungen nicht sinnvoll.

- *Beim Vorliegen der Symptomatik einer aufzunehmenden Störungskategorie sollte der Patient in der Lage sein, eine umfassende Symptomerhebung (entweder in Kombinationsform aus Selbstauskunft und Diagnostischem Interview oder ausschließlich in Form eines Diagnostischen Interviews) zu durchlaufen und zwar so, dass das Ergebnis für die Behandlungsplanung verwertbar ist.*

Bei einigen psychischen Störungen liegt ein Zustand vor, in dem eine betroffene Person nicht mehr in der Lage ist, über ihr aktuelles und vergangenheitsbezogenes Befinden zuverlässig Auskunft zu geben. Ein markantes Beispiel hierfür stellt das sogenannte Delir dar, das u.a. im Rahmen von demenziellen Erkrankungen oder beim Entzugssyndrom bestimmter psychotroper Substanzen auftreten kann. Dabei liegen eine Bewusstseinsstörung, eine Desorientierung zu Zeit, Ort oder Person sowie eine Beeinträchtigung des Immediatgedächtnisses und des Kurzzeitgedächtnisses vor (vgl. WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 42). Mit solcherlei Einschränkungen erscheint es selbsterklärend, dass die Bearbeitung einer umfassenden Symptomerhebung – sofern

sie überhaupt bewältigt werden kann – völlig nutzlos wäre. Außerdem erfordern derartige Zustände in der Regel ein unmittelbares medizinisches Intervenieren. Insofern liegt in der momentan trotz vorliegender Symptomatik bestehenden Fähigkeit zu einer verwertbaren Symptomerhebung ein adäquates Kriterium für die Auswahl von Störungskategorien vor.

- *Eine aufzunehmende Störungskategorie soll eine eigenständige, deskriptive Symptomatik aufweisen.*

Zur Begründung dieses Kriteriums sei nochmals daran erinnert, dass der Ansatz des Klenico-Systems im Wesentlichen auf der Erfassung von Symptomen beruht, die auf empirischer Basis zu Clustern bzw. Syndromen gruppiert werden (vgl. 1.4.1). Die Darstellung der empirischen Datenstruktur als Symptomkarten ermöglicht gleichzeitig eine kategoriale und eine dimensionale Perspektive auf Symptomzusammenhänge. Die Kategoriengrenzen, wie sie in den internationalen diagnostischen Verzeichnissen festgelegt wurden, können zwar durchaus mit den empirisch feststellbaren Clustern übereinstimmen, allerdings ist dies längst nicht in jedem Fall zu erwarten (vgl. 1.4.1). Im Vergleich zur Symptomatik spielen also die daraus gebildeten Störungseinheiten gemäß ICD-10 bzw. DSM-5 im Klenico-System insgesamt eine deutlich untergeordnete Rolle. Entsprechend waren für den Auswahlprozess nicht kategoriale Abgrenzungen bzw. die Bezifferungen als Störungseinheiten entscheidend, sondern lediglich die Eigenständigkeit der Symptomatik. Wenn sich demnach zwei oder mehrere verschiedene Störungskategorien auf dieselbe Symptomatik oder eine gewisse Teilmenge davon bezogen, dann reichte es aus, wenn die Symptomatik nur einmalig ins Item-Inventar aufgenommen wurde. Desweiteren gibt es festgelegte Störungskategorien, deren Kriterien sich im Wesentlichen auf aufwändige apparative oder testpsychologische Untersuchungen beziehen. Beispiele hierfür stellen die verschiedenen Formen der Intelligenzminderungen dar, zu deren Beurteilung die Durchführung eines normierten Intelligenztests erforderlich ist (vgl. WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 273–277). Wären solche Diagnosekategorien aufgenommen worden, hätte demnach ein vollständiger Intelligenztest in das Klenico-System integriert werden müssen, was sowohl aus technischen, urheberrechtlichen als auch kostenbezogenen Aspekten nicht realisierbar gewesen wäre.

2.2.4.2. Kriterien für die Gruppierung der Störungseinheiten

Der zweite Schritt bei der Erstellung des geplanten Item-Inventars bestand darin, die ausgewählten Störungskategorien wieder zu geeigneten Einheiten (Störungsbereichen) zusammenzufassen, so dass sie im Rahmen der Klenico-Software gut handhabbar sind. Dieser Schritt war insbesondere deshalb erforderlich, weil einerseits die Kategoriengliederung im DSM-5 und in der ICD-10 nur teilweise übereinstimmen, und weil sich andererseits die Neugruppierung für die Klenico-Software stärker als die diagnostischen Verzeichnisse am Praxiseinsatz in der Routinediagnostik orientieren soll. Daher stand das im Folgenden erläuterte Kriterium der thematischen Kohärenz im Vordergrund.

- *Die aufgenommenen Störungskategorien sollen zu einer übersichtlichen Anzahl Störungsbereichen (ggf. mit Unterbereichen) gruppiert werden, welche eine thematische Kohärenz aufweisen.*

Von ihrem Aufbau her unterscheiden sich das DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) und die ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) sehr deutlich: Während das DSM-5 insgesamt 22 übergeordnete diagnostische Kategorien aufweist, die inhaltlich zusammengehörige Einheiten bilden, ist der Aufbau der ICD-10 primär einem relativ strengen Dezimalsystem verpflichtet, das auf jeder übergeordneten Stufe ein Maximum von zehn möglichen Kategorien vorgibt. Die inhaltlichen Aspekte der psychischen Störungen werden diesem Dezimalsystem untergeordnet, was teilweise zu einer verwirrenden Kategorienbildung führt. Besonders auffällig ist dies im Kapitel F4, in dem nicht nur Angst- und Zwangsstörungen, sondern auch Belastungsstörungen, dissoziative und somatoforme Störungen untergebracht sind. Wie aber im Einleitungsteil ausführlich erläutert wurde, ist es ein erklärtes Ziel des Klenico-Projekts, einen Teil dazu beizutragen, dass die diagnostische Kategorienbildung im Bereich der psychischen Störungen vermehrt nach inhaltlichen Gesichtspunkten erfolgt (vgl. 1.4.6). Dieses Ansinnen soll auch beim strukturellen Aufbau der Software bzw. der Symptomerfassung umgesetzt, und die Gruppierung zu einzelnen Störungsbereichen mit eventuell angezeigten Unterbereichen bereits in der Konzeption des Symptomkatalogs angelegt werden. In Bezug auf die konkrete Anzahl an Störungsbereichen besteht indes ein gewisser Spielraum, so dass sich die Umsetzung weitgehend nach inhaltlichen Aspekten sowie dem Kriterium der Übersichtlichkeit orientieren kann. Es ist dabei anzunehmen, dass die Anzahl an Störungsbereichen unterhalb der im DSM-5 vorgegebenen 22 bleibt.

2.2.4.3. Kriterien für die Extraktion von Symptomen

Der dritte Schritt bei der Erstellung des geplanten Item-Inventars bestand darin, aus den diagnostischen Kriterien des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) und der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) der ausgewählten Störungskategorien einzelne Symptome herauszulesen. An dieser Stelle sei in Erinnerung gerufen, dass die diagnostischen Kriterienkataloge bei Weitem nicht nur aus Einzelsymptomen bestehen, sondern teilweise ein komplexes Bezugssystem zwischen übergeordneten allgemeinen Kriterien, Verlaufskriterien, Ausschlusskriterien sowie Haupt- und Nebensymptomen darstellen (vgl. 1.3.1.3). Um den Symptomkatalog insbesondere für die Anwendung des Robuscal-NMDS-Algorithmus nutzbar zu machen, galt es aber, die Hierarchisierung vorerst aufzuheben und die Einzelsymptome als gleichwertig zu behandeln. Desweiteren musste er auf die spezifischen Eigenschaften der Kle-nico-Software mit ihrem speziellen Erhebungsverfahren der Ipsativen Messung (vgl. 1.4.5) abgestimmt werden. Aus diesen Anforderungen ergaben sich die folgenden Entscheidungsregeln und -kriterien:

- *Ein Symptom soll ein Krankheitsanzeichen sein.*

Diese Forderung entspricht der im Einleitungsteil enthaltenen Begriffsbestimmung (vgl. 1.3.1.3), bringt aber auch die dort erläuterte epistemische Problematik der psychiatrischen Diagnostik mit sich. Der Krankheitsbegriff wird hier absichtlich verwendet und zwar im Sinne einer Leitidee für einheitliche Kombinationen aus spezifischer Ätiologie, Pathogenese, klinischem Syndrom, Verlauf und Behandlung. Für solche Leitideen bzw. Konzepte sollen die zu extrahierenden Symptome einzelne Hinweise geben und sie im Cluster-Verbund in Zukunft auch mit empirischen Daten untermauern können. Hilfreich wird dabei die – zumindest hypothetische – Annahme von Funktionszusammenhängen sein, wobei das einzelne Symptom als Folge der Abweichung von einer – wiederum hypothetischen – Funktionsnorm (vgl. 1.2.3.2) zu denken ist.

- *Ein Symptom soll operationalisierbar sein.*

Eine weitere Implementierung der obigen Begriffsbestimmung (1.3.1.3) stellt die methodische Funktion eines Symptoms als kleinste Untersuchungseinheit dar, wofür eine klare Abgrenzbarkeit zu anderen Symptomen gegeben sein muss. Solche abgrenzbaren und somit unterscheidbaren Einheiten sollen im Rahmen der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik (1.3.1.2) messbar gemacht werden.¹⁰ Wie oben bereits erläutert

¹⁰ Bischof (2016) definiert den Begriff „Messung“ in einem allgemeinen Sinn als „Vorgang, bei dem ein für die Erreichung eines Ziels relevanter Sachverhalt in eine kognitive Repräsentation übernommen wird“ (S. 6). Diese

(1.3.1.3), stellen die diagnostischen Kriterien der Verzeichnisse ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) und DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) noch keine vollständigen Operationalisierungen im engeren Sinne dar, was die Verwendung von weiterführenden diagnostischen Instrumenten wie strukturierte Interviews (1.3.3.2), klinische Selbstbeurteilungsinstrumente (1.3.3.5) oder eben auch der geplanten Klenico-Software notwendig machen. Konkret sollte die Operationalisierung der Symptome so weit wie möglich anhand von vorgegebenen Ich-Aussagen erfolgen. Gelegentlich wurden auch mehr als eine Ich-Aussage demselben Symptom zugeordnet, dann nämlich, wenn mehrere, inhaltlich gleichwertig erscheinende Formulierungen auf ein Symptom zutrafen. Bei Aspekten, von denen angenommen wurde, dass sie vom Betroffenen nicht zuverlässig einzuschätzen sind, sollen wurden dem Diagnostiker Anhaltspunkte vorgegeben, anhand derer er das Vorliegen des Symptoms beurteilen kann.

- *Ein Symptom muss sowohl dichotom als auch dimensional beurteilbar sein.*

Die Implementierung der Ipsativen Messung (1.4.5) machte es erforderlich, dass jedes Symptom zunächst dichotom nach den Werten „trifft zu“ und „trifft nicht zu“ bzw. „liegt vor“ und „liegt nicht vor“ beurteilt werden konnte. In einem zweiten Schritt musste es wiederum möglich sein, das Symptom auch in Bezug auf seine dimensionale Ausprägung der subjektiven Belastung bzw. des Schweregrads einzuschätzen.

- *Elemente mit logischen Verknüpfungen („oder“, „und“) in den diagnostischen Kriterien sollen grundsätzlich als eigenständige Symptome interpretiert werden.*

Im Zusammenhang der Unterscheidung zwischen Symptom und diagnostischem Kriterium wurde bereits erwähnt, dass dort oft Konjunktionen verwendet werden, um innerhalb eines Kriteriums mehrere Aspekte, Elemente oder eben Symptome zu vereinen (1.3.1.3). Da das Zustandekommen der diagnostischen Kriterien nach ICD oder DSM insgesamt ein für die Öffentlichkeit eher intransparenter Prozess darstellt, lässt sich auch nicht nachvollziehen, aus welchen Gründen solche Formulierungen gewählt wurden. Der Fokus des Klenico-Systems liegt aber auf der Symptomerfassung (vgl. 1.4.2) und soll hier eine möglichst präzise Differenzierung ermöglichen. Deshalb war es angezeigt, die einzelnen Elemente solcher logischen Verknüpfungen grundsätzlich

Definition lässt sich problemlos auf die psychiatrische Diagnostik anwenden, wo für das Ziel der Heilung, der Linderung oder zwecks prognostischer Aussagen relevante Sachverhalte (z.B. das Vorliegen einzelner Symptome) erfragt und zu einem Fallkonzept aggregiert werden.

als eigenständige Symptome zu betrachten, wobei jeweils im Einzelfall zu prüfen war, ob es sich wirklich um Verknüpfungen von isolierbaren Elementen handelte.

- *Jedes Symptom soll eine kurze Bezeichnung aus wenigen Wörtern erhalten, wobei so weit wie möglich Fachbegriffe zu verwenden sind.*

Die Symptombezeichnungen erscheinen einerseits in der Symptomkarte als Beschriftung der einzelnen Symptompunkte, andererseits aber auch auf der grafischen Oberfläche des Diagnostischen Interviews (vgl. 2.2.2.3). In beiden Fällen ist der Raum für solche Beschriftungen äußerst knapp bemessen, so dass eine maximale Kürze anzustreben war. In vielen Fällen standen dafür etablierte Fachbegriffe zur Verfügung, die mitunter in den diagnostischen Kriterien der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) und des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) verwendet werden. Wo dies nicht der Fall war, mussten prägnante und kurze Bezeichnungen gefunden werden.

- *Ein Symptom soll von ausgewählten Experten für den jeweiligen Störungsbereich als relevant oder zumindest nicht als irrelevant erachtet werden.*

Ein Hauptanliegen bei der Generierung des Symptom-Katalogs war es, eine möglichst hohe Effizienz im diagnostischen Prozess zu erreichen (1.4.5). Gleichzeitig bestand der Anspruch, die zu erfassenden Störungseinheiten möglichst differenziert abzubilden, um das Potenzial des Robuscal-Algorithmus ausschöpfen zu können (vgl. 1.4.6). Im Review-Verfahren (2.2.3) wurden die Experten daher zunächst gebeten, mögliche Ergänzungen im Hinblick auf die Symptomauswahl hinzuzufügen. In einem zweiten Schritt wurden sie angehalten, Symptome, die ihnen überflüssig erschienen, zu markieren, dabei aber zwei Aspekte zu berücksichtigen: Erstens sollte sich der Differenzierungsgrad an der Therapieindikation orientieren und zwar für das ganze therapeutische Spektrum (nicht nur Pharmakotherapie). Zweitens sollten unterschiedliche Auffassungen von Experten berücksichtigt bleiben, sofern es sich dabei nicht um Einzelmeinungen oder radikale Positionen handelt.

- *Die Diagnosestellung nach ICD-10 muss möglich bleiben.*

Die Zeit zwischen dem Erscheinungsdatum der ICD-10 (WHO, 1991) und dem DSM-5 (APA, 2013) beträgt über 20 Jahre. In dieser Zeit erzielte die internationale Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie große Fortschritte, die teilweise auch zu Änderungen in den diagnostischen Konzepten führten. Solche (partiellen) Neukonzepte

tionen sind im DSM-5 zu finden, während die ICD-10 dem wissenschaftlichen Fortschritt inzwischen deutlich hinterherhinkt. Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Neuauflage der ICD, die ICD-11, noch nicht veröffentlicht ist, gilt bis auf Weiteres die ICD-10 als verbindliches und abrechnungsrelevantes Diagnoseverzeichnis. Der inhaltlichen Konzeption der Klenico-Software verlangte dies zum Zeitpunkt ihrer Entstehung einen gewissen Spagat ab: Einerseits sollte der aktuellste Wissensstand aus dem DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) im darin repräsentiert sein, andererseits erforderte die Praxistauglichkeit eine Berücksichtigung der in manchen Aspekten sicherlich veralteten ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016). Die Ausgangslage für die Extraktion einzelner Symptome aus den diagnostischen Kriterien stellte daher das DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) dar, wobei die diagnostischen Kriterien der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) als Ergänzung dazu fungierten.

- *Verlaufs- und frequenzbezogene Kriterien sollen, – sofern sie zwingend nötig sind – in die Item-Formulierung integriert werden.*

In der deskriptiv operationalisierten Diagnostik stellen Verlaufskriterien integrale Bestandteile jeder Störungseinheit dar. So wird in den diagnostischen Verzeichnissen beispielsweise für fast jede Kategorie jeweils eine Mindestdauer angegeben, während der eine bestimmte Symptomatik vorhanden sein muss oder eine Frequenz, mit der ein Ereignis innerhalb eines bestimmten Zeitintervalls mindestens aufgetreten sein sollte. Die Zeiträume variieren dabei von zwei Wochen bei einer depressiven Episode (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 133) über sechs Monate bei einer generalisierten Angststörung (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 165) bis hin zur Formulierung, dass „die Abweichungen stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 253) für Persönlichkeitsstörungen. Wie und aufgrund welcher Überlegungen diese zeitbezogenen Schwellenwerte innerhalb der zuständigen Gremien festgesetzt wurden, ist für die Öffentlichkeit kaum nachvollziehbar. Für den inhaltlichen Fokus des Klenico-Systems, nämlich eine umfassende und effiziente Symptomerhebung zu ermöglichen, sind sie aber zunächst einmal zweitrangig. Auch wenn dafür die Leitidee von abgrenzbaren Krankheitseinheiten, denen auch ein spezifischer Verlauf zuzuordnen ist, maßgebend war, so wurde den letztlich wohl meist willkürlich festgesetzten Verlaufskriterien vorerst wenig Bedeutung zugemessen. Anstatt dessen sind in der Symptomerhebung lediglich zwei Formulierungen vorgegeben, nämlich „Was trifft aktuell auf Sie zu – vielleicht auch schon länger?“ für den Akutbereich und „Was traf früher auf Sie zu,

heute aber nicht?“ für den anamnestischen Bereich. Wenn es in Einzelfällen aus inhaltlichen Gründen dennoch zwingend erschien, die Zeitdauer oder die Frequenz des Auftretens bestimmter Symptome bei der Erfassung zu spezifizieren, so wurde dies in die Item-Formulierung integriert.

- *Wenn die inhaltliche Differenzierung eines einzelnen Symptoms wichtige Hinweise für die Behandlungsplanung liefern kann, so soll diese in Form von Subspezifikationen eines Symptoms aufgegliedert werden.*

Die oben erläuterte Konzeption von Symptomen als eine Abweichung von einer – hypothetisch angenommenen – Funktionsnorm bedeutet auch, dass diese Abweichungen unterschiedliche inhaltliche Qualitäten aufweisen können, in der „technischen“ Betrachtungsweise aber doch ein und dasselbe Symptom darstellen. Beispiele hierfür wären spezifische Phobien, die funktionsmäßig alle als unangemessene Angstreaktionen verstanden werden (vgl. APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 267), sich dabei aber auf verschiedene Objekte oder Situationen beziehen. Ein weiteres Beispiel wäre der Wahn als unverrückbare, apriorische und falsche Annahme über die Umwelt oder die eigene Person (vgl. APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1137), der inhaltlich wiederum in einer ganzen Bandbreite von Spielarten vorkommt. Eine inhaltliche Subspezifizierung ist aber aus Effizienzgründen nur dann angezeigt, wenn daraus für die Behandlung des Betroffenen spezifische Konsequenzen abgeleitet werden können.

- *Ein Symptom soll spezifisch für einen bestimmten Störungsbereich sein.*

Dieses Kriterium leitet sich ebenfalls aus der Begriffsbestimmung ab, wonach ein Symptom als ein mehr oder weniger charakteristisches Anzeichen für eine (bestimmte) Krankheit bzw. für eine organismische Funktionsstörung verstanden werden soll (vgl. 1.3.1.3). Mit dieser Formulierung wird einerseits zum Ausdruck gebracht, dass eine sehr allgemeine Beschwerde, z.B. Unwohlsein, noch keine medizinisch bzw. therapeutisch verwertbare Information darstellt. Andererseits gibt es eben auch Symptome wie Fieber, die zwar einen pathologischen Ausnahmezustand somatischer Systeme indizieren, die aber bei verschiedenen, voneinander abgrenzbaren Krankheiten auftreten. Das Vorliegen einer bestimmten Krankheit ist dann nicht mehr anhand eines einzelnen Symptoms zu bestimmen, sondern nur über die charakteristische Kombination von mehreren Symptomen, wobei das einzelne Symptom dann wieder mehr oder weniger zur Diagnose der Krankheit beisteuert. Wie weiter oben erwähnt, spielt der Krankheitsbegriff im Klenico-System als Leitgedanke eine nicht unwesentliche Rolle.

Das Kriterium der Spezifität beim Prozess der Symptom-Extraktion soll dazu beitragen, dass die semantische Bedeutung eines Symptoms nicht zu allgemein ausfällt, sondern eben Wesentliches zum Verständnis eines Störungsbildes beitragen kann. Da sich der Krankheitsbegriff aber auf kaum eine der Störungskategorien gemäß ICD oder DSM angewendet lässt (vgl. 1.3.1.5), wird hier der weitergefasste Begriff des Störungsbereichs (vgl. 2.2.4.2) als Referenzrahmen für eine potenziell als Krankheit zu verstehende Symptomatik gesetzt.

2.2.4.4. Kriterien zur Unterscheidung zwischen Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptomen

Der vierte Schritt zur Erstellung eines umfassenden Item-Inventars für die Klenico-Software bestand darin, die einzelnen Symptome dahingehend zu unterscheiden, ob ihr Vorhandensein vom Betroffenen selbst eingeschätzt werden kann, oder ob sie von einer Fachperson zu beurteilen sind. Eine wichtige methodische Referenz für diese Unterscheidung stellte das AMDP-System (AMDP, 2016; vgl. 1.3.3.4) dar, wobei es einige Differenzen zwischen dem AMDP- und dem Klenico-Ansatz zu berücksichtigen galt: Das AMDP-System ist ein reines Fremdbeurteilungsverfahren, d.h. der Diagnostiker beurteilt letztlich jedes einzelne Symptom dahingehend, ob es vorliegt oder nicht. Als Datenquelle hierfür nimmt er entweder die Selbstaussagen des Patienten („S-Symptom“), oder seine eigenen Beobachtungen bzw. die Beobachtungen von Pflegenden oder Angehörigen („F-Symptom“). Eine dritte Gruppe stellen die „SF-Symptome“ dar, bei der die Datenquelle sowohl die Selbstaussagen als auch Fremdbeobachtungen sein können. Diese elaborierte Beurteilungsmethodik ließ sich allerdings nicht eins zu eins auf das Klenico-System übertragen, weil letzteres nicht als reines Fremdbeurteilungsverfahren konzipiert ist, sondern die Effizienzvorteile von Selbstbeurteilungsverfahren (vgl. 1.3.3.5) ausnutzt. Im Gegensatz zum AMDP-System, bei dem der Diagnostiker die Fragen zur Befunderhebung frei formulieren kann, werden dem Patienten im Klenico-System standardisierte Items vorgelegt, deren Sensitivität und Spezifität sich anhand einer geeigneten Stichprobe psychometrisch bestimmen lassen. Selbst wenn der Diagnostiker in der Klenico-Software letztlich die Möglichkeit hat, jedes einzelne Symptom aus der Selbstauskunft zu „überstimmen“ (vgl. 2.2.2.1), so wird der Selbstauskunft doch ein deutlich höherer Stellenwert eingeräumt als im AMDP-System. Sie stellt insofern nicht nur eine Datenquelle dar, sondern eine (auf der Basis einer empirisch-psychometrischen Validierung) gültige Aussage zum subjektiv

erlebten Zustand.¹¹ Die Voraussetzung dafür war allerdings eine Unterteilung der Symptome in solche, bei denen anzunehmen ist, dass sie der Patient aus der Innenperspektive und auf seine eigene Zustandsveränderung bezogen selbst beurteilen kann und solchen, die nur von der objektivierenden Außenperspektive des Diagnostikers gültig eingeschätzt werden können. Um diese Unterschiede deutlich zu machen, wurden im Einleitungsteil die beiden Begriffe Selbstauskunftssymptome und Diagnostiker-Symptome eingeführt. Eine Untergruppe der Diagnostiker-Symptome soll fortan „Symptomindikatoren“ genannt werden. Dabei geht es – ähnlich wie bei den SF-Symptomen des AMDP-Systems – um eine Kombinationslösung aus Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptomen: Bisweilen kann eine Selbstauskunft zwar durchaus relevante Hinweise geben, ob das betreffende Symptom vorliegt, aber als valide Aussage zum subjektiven Zustand sollte sie dennoch nicht gewertet werden. Ein Grund hierfür könnte sein, dass sich die Operationalisierung eines bestimmten Symptoms trotz ausgeklügelter Formulierung nicht hinreichend differenziert gestalten lässt.

Zu Beginn dieses Kapitels wurde das grundlegende Spannungsfeld in der psychiatrischen Diagnostik zwischen ich-syntonen und ich-dystonen Phänomenen aufgezeigt. Man hätte nun geneigt sein können, dieses Spannungsfeld als Grundlage zur Unterscheidung zwischen Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptomen zu nehmen. Dagegen sprach allerdings, dass die Begriffe der Ich-Syntonie und der Ich-Dystonie in der Fachliteratur bislang viel zu vage definiert sind. So war es angezeigt, eigene Entscheidungsregeln mit möglichst exakten Kriterien zu formulieren. Desweiteren sollte sich die Unterscheidung nicht etwa auf ganze Störungskategorien oder -bereiche beziehen, sondern für jedes einzelne Symptom getroffen werden. Diese Differenzierung diente letztlich nicht nur dem Effizienzgewinn, sondern auch der Präzision bei der Befunderhebung mit dem Klenico-System.

- *Ein Symptom soll dann der Gruppe der Selbstauskunftssymptome zugeordnet werden, wenn a) die Semantik des Symptoms sich auf das subjektive Erleben des Betroffenen bezieht und b) davon auszugehen ist, dass der Betroffene beim Vorliegen des bezüglichen Störungsbereichs in der Lage ist, sein subjektives Erleben mit der Item-Vorlage valide abzugleichen und c) die Semantik des Symptoms mit einer oder mehreren Ich-Aussagen hinreichend abgedeckt werden kann.*

¹¹ In diesem Zusammenhang wurden bei Präsentationen der Klenico-Software oft Bedenken geäußert, dass die Selbstauskunft anfällig für Betrugsabsichten sein könnte. Dem ist zu entgegnen, dass Simulation, Dissimulation oder Aggravation von Symptomen in der psychiatrischen Routinediagnostik eher Randphänomene darstellen und durch die „Überstimmung“ durch den Diagnostiker nötigenfalls abgefangen werden können. Deutlich kritischer ist die Angelegenheit im Rahmen von psychiatrischen Gutachtenverfahren zu sehen, für die die Klenico-Software jedoch nicht primär ausgelegt ist.

Hinter diesem Ansatz steht die Auffassung, dass bei einer Reihe von Symptomen die Einschätzung des Diagnostikers (die im AMDP-System im Vordergrund steht) nichts Wesentliches mehr zur Beurteilung beisteuern könnte. Selbst wenn ein Diagnostiker sich die Zeit nehmen würde, jedes Symptom auf verschiedene Weise abzufragen, müsste er sich auf den Abgleich seiner Fragen mit dem subjektiven Empfinden des Betroffenen verlassen, und dieser Abgleich kann letztlich nur der Betroffene selbst vornehmen. Diese Auffassung scheint im Übrigen auch Tebartz van Elst (2016) zu teilen, wenn er von subjektiven Symptomen spricht als „solche, die von außen oder durch Dritte nicht unmittelbar objektiviert werden können, wie etwa Schmerzen, ein Müdigkeitsgefühl, Lustlosigkeit, Antriebsmangel etc.“ (S. 32; vgl. 1.3.1.3).

- *Ein Symptom soll dann der Gruppe der Diagnostiker-Symptome zugeordnet werden, wenn a) die Semantik des Symptoms sich auf äußerlich beobachtbare bzw. objektive Phänomene des Betroffenen bezieht, oder b) davon auszugehen ist, dass der Betroffene beim Vorliegen des bezüglichlichen Störungsbereichs nicht in der Lage ist, eine Item-Vorlage valide mit seinem subjektiven Erleben abzugleichen, oder c) die Semantik eines Symptoms mit einer Ich-Aussage nicht hinreichend abgedeckt werden kann, oder d) sonst ein Grund dagegen spricht, das Symptom der Gruppe der SA-Symptome zuzuordnen.*

Auch hierfür gibt es eine Entsprechung bei Tebartz van Elst (2016): Er spricht von objektiven Symptomen als „solche, die auch von anderen Menschen gemessen oder beobachtet werden können, wie etwa Fieber, ein Hautausschlag, Husten oder Auswurf“ (S. 32; vgl. 1.3.1.3). Wie unschwer zu erkennen ist, diene die Gruppe der Diagnostiker-Symptome auch als Sammel-Kategorie für nicht eindeutige Fälle.

- *Für Symptome aus der Gruppe der Diagnostiker-Symptome sollen dann Symptomindikator-Items in Form von Ich-Aussagen formuliert werden, wenn das Einholen der Selbstausskunft einen wichtigen oder effizienzsteigernden diagnostischen Hinweis geben kann.*

In der Klenico-Software werden solche Symptomindikatoren mit einem speziellen Warnhinweis angezeigt. Konkret erscheint im Arbeitsbereich des diagnostischen Interviews (2.2.2.3) ein für den Diagnostiker gut ersichtliches Warnsymbol, das ihn dazu auffordert, dieses Symptom weiter zu explorieren und erst dann zu beurteilen.

2.2.4.5. Kriterien für die Item-Formulierung von Selbstauskunftssymptomen

Der fünfte Schritt zur Erstellung des umfassenden Item-Inventars für die Klenico-Software bestand darin, für die Selbstauskunftssymptome Formulierungen zu finden, welche die phänomenalen Qualitäten des Erlebens durch einen Betroffenen möglichst präzise wiedergeben und dabei auch den formalen Kriterien zur Software-Implementierung genügen. Hierfür wurden die folgenden Kriterien aufgestellt:

- *Ein Selbstauskunfts-Item soll die phänomenalen Qualia des subjektiven Erlebens eines Symptoms durch den Betroffenen möglichst präzise zum Ausdruck bringen.*

Darin liegt das Hauptanliegen der Item-Formulierung zu den Selbstauskunftssymptomen. Die Informationsgrundlage zur Erschließung der subjektiven Erlebnisqualitäten von Betroffenen stellten hauptsächlich die ausführlichen Experten-Interviews dar (vgl. 2.2.3), ergänzend dazu aber auch die Erläuterungen zu den diagnostischen Kriterien im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015), in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016), im ICD-10-Lexikon (WHO & Dilling, 2009) sowie in der weiteren einschlägigen Fachliteratur. Um das subjektive Erleben auch formal möglichst direkt anzusprechen, wurden die Items ausschließlich als Ich-Aussagen formuliert. Sämtliche inhaltlichen Aspekte wurden aus der subjektiven Perspektive des betroffenen Individuums dargestellt.

- *Ein Selbstauskunfts-Item soll aus einem einzelnen, vollständigen Satz bestehen, der maximal einen Nebensatz beinhaltet.*

Diese Forderung hat im Wesentlichen eine wahrnehmungspsychologische Begründung, nämlich die einer möglichst prägnanten Gestalt. Beachtet man die angestrebte Präsentationsform der Items auf einem 12-Zoll-Bildschirm (vgl. 2.2.2.2), so kann dies durch die Gestaltgesetze der Einfachheit, der Nähe (der Buchstaben bzw. Zeilen) und der Bedeutung unterstützt werden (vgl. Goldstein, S. 192–195). Die Beschränkung auf einen einzelnen, einfachen Satz reduziert somit den kognitiven Bearbeitungsaufwand und zwar sowohl vom Patienten als auch vom Diagnostiker. Im Übrigen entspricht diese Forderung dem Format der Ipsativen Messung (vgl. 1.4.5), wie sie auch in anderen Kontexten zum Einsatz kam.

- *Ein Selbstauskunfts-Item soll eine einfache Sprache aufweisen und weder Fremdwörter noch Fachbegriffe enthalten.*

Als Begründung für dieses Kriterium kann zum einen ebenfalls das Gestaltgesetz der Einfachheit herangezogen werden, das die Wahrnehmung und kognitive Verarbeitung des Items im Sinne einer prägnanten Gestalt erleichtert. Zum anderen war aber auch zu berücksichtigen, dass die Klenico-Software von einem breiten Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Patienten bedient werden soll. Da dem Verständnis der Items eine zentrale Rolle zukommt, müssen sie auch von Patienten aus bildungsferneren sozioökonomischen Schichten leicht und gut erfasst werden können.

- *Ein Selbstauskunfts-Item soll so kurz wie möglich sein.*

Hier galt es, jeweils eine optimale Lösung zu finden zwischen maximaler Kürze und maximaler Präzision im Ausdruck der entsprechenden phänomenalen Qualia. Aufgrund der grafischen Vorgaben durch die Benutzeroberfläche der Software (vgl. 2.2.2.2) wurden als Richtwerte ein Intervall zwischen 30 und 80 Zeichen gesetzt, das ausnahmsweise bis auf maximal 120 Zeichen ausgeweitet werden konnte.

- *Ein Selbstauskunftssymptom soll im Regelfall durch ein einzelnes Selbstauskunfts-Item operationalisiert werden. Im Ausnahmefall können mehrere Selbstauskunfts-Items dasselbe Selbstauskunftssymptom operationalisieren.*

Weiter oben wurde festgelegt, dass unter einem Symptom ein einzelnes Krankheitsanzeichen sowie aus methodischer Sicht die kleinste Untersuchungseinheit zu verstehen sei (vgl. 1.3.1.3). Aufgrund dieser Einheitlichkeit sollte es grundsätzlich möglich sein, ein Symptom mit einem einzelnen Item messbar zu machen. Bisweilen gab es aber Fälle, bei denen dies nicht angezeigt war, so etwa, wenn das Symptom mit einem etablierten Fachausdruck bezeichnet wird und in seiner Bedeutung mehrere Aspekte aufweist, oder wenn verschiedene Formulierungen zur Operationalisierung gleichwertig erschienen und ohne empirische Datengrundlage nicht entschieden werden konnte, welche sich am besten eignet.

- *Ein Item muss sowohl dichotom als auch dimensional zu beurteilen sein.*

Ein analoges Kriterium wurde bereits zur Extraktion der Symptome aus den diagnostischen Kriterien formuliert. Was dort auf die Semantik des Symptoms bezogen war, soll hier noch einmal im Speziellen für die Formulierung der entsprechenden Ich-Aussage gelten. Erforderlich macht dies die Implementierung der Ipsativen Messung (vgl. 1.4.5).

- *Zusätzlich zu den Ich-Aussage-Items sollen dann Hinweise für den Diagnostiker formuliert werden, wenn dadurch die (im prototypischen Ablauf fakultative) Beurteilung durch den Diagnostiker deutlich erleichtert werden kann.*

Der Hintergrund dieser Forderung stellt das oben erläuterte Überblendungsverfahren dar: Je nach individuellem Fall ist es mehr oder weniger indiziert, dass der Diagnostiker auch die Selbstauskunftssymptome kritisch überprüft und ggf. „überstimmt“ (vgl. 2.2.1 und 2.2.2.1). In diesem Prozess kann es bei einigen Symptomen hilfreich sein, wenn verdeutlichende Hinweise die Beurteilung erleichtern. Wiederum aus Gründen der möglichst geringen kognitiven Arbeitsbelastung sollen solche Hinweise aber nur dann formuliert werden, wenn dadurch ein deutlicher Effizienzgewinn zu erwarten ist.

2.2.4.6. Kriterien für die Item-Formulierung von Diagnostiker-Symptomen

Der sechste Schritt zur Erstellung eines umfassenden Item-Inventars für die Klenico-Software bestand darin, für die Diagnostiker-Symptome Anhaltspunkte zu formulieren, damit eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson das Vorhandensein möglichst treffend beurteilen kann. Bei dieser Art der Operationalisierung handelte es sich also nicht um Ich-Aussagen, deren Zutreffen der Betroffene bzw. der Patient einzuschätzen hat, sondern um eine Zusammenstellung von Indizien, anhand derer das Vorliegen eines Symptoms „von außen“ beurteilt werden kann. Am besten war dies mit einer kurzen, prägnanten Definition zu bewerkstelligen, wobei klarwerden sollte, welches die entscheidenden Kriterien zur Beurteilung sind. Bei einigen Symptomen war es darüber hinaus angezeigt, vorformulierte diagnostische Fragen anzubieten, um dem Diagnostiker die symptombezogene Exploration zu erleichtern. Damit der Diagnostiker während des diagnostischen Interviews (vgl. 2.2.2.3) die Orientierung behält und rasch zu einer Beurteilung gelangt, wurden bei einigen Symptomen schließlich verdeutlichende diagnostische Hinweise und einfache Handlungsanleitungen vorgegeben. Diese verschiedenen Anhaltspunkte werden hier ebenfalls unter dem Begriff „Item“ zusammengefasst und für ihre Formulierung die folgenden Kriterien aufgestellt:

- *Für diejenigen Diagnostiker-Symptome, deren Bedeutung aufgrund ihrer Bezeichnung nicht eindeutig feststeht, oder von denen es in der Literatur verschiedene Auffassungen gibt, sollen Definitionen formuliert werden.*

Das bedeutet, dass nicht zwingend zu allen Diagnostiker-Symptomen Definitionen formuliert wurden, sondern nur, wenn dies für das Verständnis notwendig erschien. Diese Einschränkung sollte verhindern, dass die kognitive Verarbeitungskapazität des Diagnostikers durch Textpassagen ausgelastet wird, die letztlich überflüssig sind. Das wäre der Fall, wenn die volle Bedeutung eines Symptoms allein durch seine Bezeichnung eindeutig verständlich wird, aber trotzdem eine Definition präsentiert würde. Als mögliche Quellen für bereits existierende und brauchbare Definitionen fungierten das Glossar des DSM-5 (APA, Falkai, & Wittchen, 2015, S. 1119–1138), das Lexikon der ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (WHO & Dilling, 2009), das Duden-online-Portal (Bibliographisches Institut, 2019) sowie das Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde des AMDP-Systems (AMDP, 2016).

- *Für diejenigen Diagnostiker-Symptome, deren Beurteilung weitere Informationen seitens des Patienten benötigt, sollen entsprechende diagnostische Fragestellungen formuliert werden.*

Damit wurde gewährleistet, dass das Modul des Diagnostischen Interviews (vgl. 2.2.2.3) im Gespräch mit dem Patienten als interaktiver Gesprächsleitfaden verwendet werden kann. Wiederum in Abgrenzung zum AMDP-System (AMDP, 2016), bei dem die Symptomdefinitionen und die diagnostischen Fragen in verschiedenen Publikationen zusammengesucht werden müssen, sollen im Klenico-System die entscheidenden Aspekte zur Beurteilung unmittelbar zu jedem einzelnen Symptom abzurufen sein.

- *Für diejenigen Diagnostiker-Symptome, deren Beurteilungsprozess sich nicht von selbst erschließt, sollen kurze Handlungsanleitungen formuliert werden.*

Diese Maßnahme soll sicherstellen, dass bei der Beurteilung von Symptomen keine Fehler aufgrund überlasteter kognitiver Verarbeitungskapazität seitens des Diagnostikers entstehen. Er soll dadurch in der Lage sein, den Beurteilungsprozess noch während des Gesprächs mit dem Patienten zu leisten. Die Handlungsanleitungen können sowohl als Ergänzung zu den Definitionen als auch für sich alleine stehend formuliert werden.

- *In allen Diagnostiker-Items sollen entscheidende Aspekte für die Beurteilung hervorgehoben werden.*

Die Hervorhebung soll entweder mittels Textformatierungselementen wie Unterstrei-

chen, Kursivsetzen, Aufzählungszeichen, etc. erfolgen oder durch textlich ausformulierte Hinweise. Auch diese Maßnahmen erfolgten, um dem Diagnostiker einen leichteren und schnelleren kognitiven Verarbeitungsprozess zu ermöglichen.

- *Die Diagnostiker-Items sollen möglichst präzise formuliert sein, die Länge der Formulierungen spielt eine nachgeordnete Rolle.*

Auch hier ist im Auge zu behalten, dass kürzere Textpassagen letztlich die Bearbeitungszeit für den Diagnostiker verkürzen. Dass der Schwerpunkt aber dennoch auf die Präzision der Formulierung gelegt wird, hat mit einem anzunehmenden Lerneffekt zu tun: Es ist davon auszugehen, dass ein Diagnostiker, der die Klenico-Software regelmäßig benutzt, die Items immer besser kennt. Als erfahrener Nutzer wird er nur noch gelegentlich eine Definition nachlesen und zwar dann, wenn er etwas genauer wissen möchte. Hierfür ist Präzision wichtiger als Kürze. Im Umkehrschluss bedeutet dies natürlich auch, dass das Klenico-System dem Diagnostiker eine gewisse Einarbeitungszeit abverlangt.

- *In den Definitionen und Hinweisen der Diagnostiker-Items können Fachbegriffe verwendet werden, sofern es sich dabei nicht um die Beschreibung des zu definierenden Symptoms geht.*

Im Gegensatz zu den Selbstauskunft-Items richten sich die Diagnostiker-Items nur an akademisch geschultes Fachpersonal, von dem angenommen werden darf, dass es die für Psychiatrie und Psychotherapie relevanten Fachbegriffe kennt. Wenn sich durch die Verwendung von Fachbegriffen Definitionen oder Hinweise prägnanter formulieren lassen, gibt es keinen Grund, sie nicht zu verwenden.

- *Ein Item muss sowohl dichotom als auch dimensional zu beurteilen sein.*

Ein analoges Kriterium wurde bereits zur Extraktion der Symptome aus den diagnostischen Kriterien sowie zu den Selbstauskunft-Items formuliert. Auch hier sei auf die Erfordernisse der Ipsativen Messung (vgl. 1.4.5) verwiesen.

2.2.4.7. Kriterien für die Auswahl von Screening-Items

Der siebte Schritt zur Erstellung eines umfassenden Item-Inventars für die Klenico-Software bestand darin, aus den Selbstauskunfts-Items eine Auswahl an Screening-Items zu treffen, an-

hand derer das Vorliegen weiterer Symptome im gleichen Störungsbereich besonders gut vorhersagbar erschien. Wie bereits im Einleitungsteil erwähnt (vgl. 1.5.2), war eine solche a priori-Auswahl notwendig, um einerseits den Programmierprozess der Screening-Funktion zu unterstützen, andererseits aber auch, um die Software noch vor einer empirisch breit abgestützten Validierung einsatzfähig zu machen. Zwar kann der Robuscal-Algorithmus entscheidende Hinweise für geeignete Screening-Items liefern, wenn er auf einen einzelnen Störungsbereich angewendet wird (vgl. 1.4.1). Allerdings ist dafür eine sehr breite Datenbasis aus einer umfangreichen Stichprobe notwendig, und eine solche steht bis auf weiteres nicht zur Verfügung. Aus diesen Gründen mussten die Screening-Items eben a priori bestimmt werden, wobei folgende Kriterien wegweisend waren:

- *Wenn in den diagnostischen Kriterien Leitsymptome für einen Störungsbereich festgelegt sind, so sind mindestens diese Leitsymptome als Screening-Symptome zu wählen.*
Ein Beispiel hierfür sind die Kernsymptome der Depression (auch Kernsymptome oder Kardinalsymptome genannt), die sich in der BDI-II-Symptomkarte von Bühler, Keller und Läge (2012) allesamt im Zentrum der NMDS-Struktur befinden (vgl. 1.4.2). Wenn solche Leitsymptome übernommen wurden, bedeutete dies erst einmal ein Vertrauen auf die in den diagnostischen Kriterien eingeflossene Expertise der daran beteiligten Fachpersonen. Bedenkt man allerdings, wie etwa die Kriterien des DSM-III (APA, 1980) zustande gekommen sind (vgl. 1.1.4.2), so scheint es gerechtfertigt, solche Festlegungen zu hinterfragen. Außerdem sind längst nicht alle Störungskategorien der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) und des DSM-5 (APA, Falkai, & Wittchen, 2015) nach dem Prinzip von Leitsymptomen konzipiert. Insofern war es nicht ausreichend, sich nur auf die Nennung von Kernsymptomen in den diagnostischen Kriterien zu verlassen.
- *Wenn die Experten in den Interviews Hinweise auf mögliche Screening-Items gegeben oder sogar konkrete Item-Formulierungen vorgeschlagen haben, so sind diese bei der Auswahl zu berücksichtigen.*
Hierbei war allerdings zu bedenken, dass die Hinweise und Vorschläge der Experten im Verlauf der ca. dreistündigen Interviews weitgehend ad hoc entstanden sind. Insofern konnten die Vorschläge durchaus wertvoll sein, mussten aber nicht in jedem Fall die beste Lösung darstellen.

- *Die Screening-Items sollen eine hohe Sensitivität ermöglichen, während die Spezifität eine nachgeordnete Rolle spielt.*

Die beiden Begriffe Sensitivität und Spezifität entstammen der Signalentdeckungstheorie, werden häufig in der Psychometrie verwendet und stehen dort für die Falsch-negativ-Rate bzw. die Falsch-positiv-Rate eines Tests (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 165). Selbstredend war es ohne empirische Datengrundlage nicht möglich sein, diesbezügliche Werte zu ermitteln. Dennoch wurde bei der Auswahl berücksichtigt, welche Sensitivitäts- und Spezifitätswerte anzustreben sind: Damit das Klenico-System eine hohe Zuverlässigkeit bei der Versorgungsdiagnostik gewährleisten kann, sollten die Sensitivitätswerte der einzelnen Screening-Items in Bezug auf die anderen Symptom-Items desselben Störungsbereichs deutlich über 0,9 liegen. Dies würde sicherstellen, dass in der Kombination mehrerer Screening-Items keine vorliegende Störung übersehen wird. Im Gegenzug werden bei der Spezifität deutlich geringere Werte in Kauf zu nehmen sein. Dies führt zwar dazu, dass die Bearbeitungszeit für den Patienten (und bisweilen auch für den Diagnostiker) höher wird, aber dieser Umstand ist bis zu einem gewissen Ausmaß zwecks erhöhter Zuverlässigkeit des gesamten Systems hinnehmbar. Bei der apriori-Auswahl der Screening-Items wurde konkret berücksichtigt, welche Sensitivitäts- und Spezifitätswerte aufgrund der Semantik eines Symptoms zu erwarten sind.

- *Pro Störungsbereich sind im Regelfall zwischen zwei und fünf Screening-Symptome auszuwählen.*

Wie eben angesprochen, lässt sich die Sensitivität der Screening-Items für einen bestimmten Störungsbereich deutlich erhöhen, wenn mehrere Items dafür ausgewählt werden. Andererseits macht ein Screening nur dann Sinn, wenn es insgesamt aus relativ wenigen Items besteht. Bei mehr als fünf Items mit den oben erwähnten Werten dürfte sich die Sensitivität allerdings nicht mehr wesentlich verbessern lassen, so dass dies als eine angemessene Grenze erschien.

- *Screening-Items müssen nicht zwingend auf bestimmte Symptome bezogen sein.*

Bei der Bestimmung von Screening-Items wurde die Option offen gehalten, dass Screening-Items nicht nur aus den Selbstauskunfts-Items (die sich alle auf bestimmte Symptome beziehen) ausgewählt, sondern vereinzelt auch neu formuliert werden konnten. Das hätte zwar eine leichte Effizienzeinbuße zur Folge, die in begründeten Ausnahmefällen jedoch hinnehmbar erschien.

- *Bei der Auswahl von Screening-Items sind störungsspezifische Besonderheiten sowie die interne Logik einer Störungskonzeption zu berücksichtigen.*

Mitunter waren für die Auswahl geeigneter Items Überlegungen angezeigt, welche Aspekte eines Störungskonzeptes von zentraler Bedeutung sind. Dabei galt es allerdings abzuwägen, inwieweit das Störungskonzept über die reine Symptomatik hinaus übernommen werden sollte. Beispielsweise steht bei der Anorexia nervosa ein deutlicher und absichtlich herbeigeführter Gewichtsverlust im Vordergrund (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 205), so dass es naheliegend gewesen wäre, diesen Aspekt als Screening-Items zu konzipieren. Allerdings waren dabei auch Überlegungen nötig, ob dieses objektivierbare Merkmal tatsächlich den Kern des Störungskonzepts ausmacht und ob dieses ggf. anderweitig operationalisiert werden konnte.

- *Screening-Items sollen eine starke Prägnanz aufweisen.*

Für die Sensitivität der Screening-Items dürfte es entscheidend sein, dass sie die inhaltliche Bedeutung des betreffenden Störungsbereichs so weit wie möglich repräsentieren. Gleichzeitig sollten sie auch von ihrer Form her eine hohe gestaltpsychologische Prägnanz aufweisen (vgl. Goldstein, S. 192–195).

3. Ergebnisse

Bereits bei den Fragestellungen und im Methodenteil dieser Dissertationsschrift wurde eine Aufteilung in einen empirischen und einen konzeptionellen Teil vorgenommen, der nun auch beim Berichten der Ergebnisse beibehalten werden soll. Das inhaltliche Bindeglied dieser beiden Teile stellt die Befassung mit dem Robuscal-NMDS-Verfahren (Läge, 2001) im Rahmen der psychiatrischen Diagnostik dar. Im empirischen Teil diente eine von Bühler, Keller und Läge (2012) berechnete und konzipierte Symptomkarte zur Depressionssymptomatik gemäß BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996; deutsche Version von Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) als strukturelle Grundlage für die Analyse eines bestehenden, sehr umfangreichen Datensatzes stationärer Patienten. Das Ziel lag darin, zu untersuchen, ob sich aus den Symptom-Cluster bzw. Facetten der BDI-II-Symptomkarte Schlussfolgerungen zu Behandlungsentscheidungen, zu Verläufen oder zu ätiologischen Konzepten ableiten lassen. Im konzeptionellen Teil stellten die bisher durchgeführten Studien mit dem Robuscal-NMDS-Verfahren sowie das Wissen um dessen datenanalytisches Potenzial gewissermaßen das strukturgebende Rückgrat bei der Erstellung eines umfassenden, symptombasierten Item-Inventars dar. Dieses Item-Inventar wurde eigens für die Implementierung in die erweiterte Klenico-Software (vgl. 1.4.4) erstellt und soll letztlich dazu dienen, die psychiatrische Diagnostik unter klinischen Alltagsbedingungen gleichzeitig effizient, präzise und nützlich zu gestalten.

3.1. Ergebnisse zum empirischen Teil

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse eines umfangreichen empirischen Datensatzes stationärer Patienten berichtet. Der Datensatz basiert auf dem standardisierten Aufnahme- und Entlassungsprozedere der Schönklinik Roseneck in Prien am Chiemsee (D) und wurde uns freundlicherweise von Prof. Dr. med. Ulrich Voderholzer zur Verfügung gestellt. In Kooperationsarbeit zwischen der Klenico AG und der Schönklinik Roseneck entstand eine auf demselben Datensatz gründende wissenschaftliche Studie, die wir in der Fachzeitschrift *Journal of Affective Disorders* publizieren konnten (Voderholzer, Hessler-Kaufmann, Lustig & Läge, 2019). Obschon diese Publikation einer etwas anderweitigen Fragestellung nachgeht, beinhaltet sie einen Teil der statistischen Auswertungen, die im Folgenden berichtet werden,

namentlich der Vergleich zwischen Patienten mit der Hauptdiagnose einer Depression und Patienten mit der Hauptdiagnose einer Essstörung. Die in dieser Dissertationsschrift fokussierten Fragestellungen mit den zugehörigen, spezifischen Hypothesen sind dem Einleitungsteil zu entnehmen (vgl. 1.5.1).

3.1.1. Stichprobenvergleiche HD Depression vs. HD Essstörung

Von den 11 018 stationären Patienten, die zwischen 2012 und 2017 in der Schönklinik Rosen-
eck behandelt wurden, hatten $n = 4895$ die Hauptdiagnose einer unipolaren Depression (HD
Depression) und $n = 3302$ die Hauptdiagnose einer Essstörung (HD Essstörung). Die Gruppe
HD Depression wies ein Durchschnittsalter von 45,6 Jahren auf (SD = 15,37; Spannweite 14–
84), und 58,3% waren Frauen. Die zur unipolaren Depression zusammengefassten Diagnosen
teilten sich auf in depressive Episoden (ICD-10: F32; 40,2%), rezidivierende depressive Stö-
rungen (ICD-10: F33; 59,7%) und anhaltende affektive Störungen (ICD-10: F34; 0,1%). Die
Gruppe HD Essstörung wies ein Durchschnittsalter von 24,1 Jahren (SD = 10,37; Spannweite
13–74) auf und bestand zu 96,2% aus Frauen. Die zu Essstörungen zusammengefassten Diag-
nosen teilten sich auf in Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0 und F50.1; 66,0%), Bulimia ner-
vosa (ICD-10: F50.2 und F50.3; 25,3%) sowie weitere Essstörungen (ICD-10: F50.4, F50.8,
F50.9; 8,7%). Tabelle 3.1 fasst die Beschreibung der beiden Patientengruppen in Eckdaten zu-
sammen.

Tabelle 3.1: Kennzahlen der Stichproben zum Vergleich HD Depression vs. HD Essstörung.

	<i>HD Depression</i>	<i>HD Essstörung</i>
<i>n</i>	4895	3302
Frauen (Prozent)	2853 (58,3%)	3175 (96,2%)
Männer (Prozent)	2042 (41,7%)	127 (3,8%)
Mittelwert des Alters bei Eintritt (SD)	45,6 (15,37)	24,1 (10,37)
Median des Alters bei Eintritt (Spannweite)	49 (14–84)	20 (13–74)
Hauptdiagnosen (Prozent)	F32 (40,2%) F33 (59,7%) F34 (0,1%)	F50.0 / F50.1 (66,0%) F50.2 / F50.3 (25,3%) F50.4 – F50.9 (8,7%)

Abkürzungen: HD = Hauptdiagnose; SD = Standardabweichung

Die Auswertungen fanden – wie oben (vgl. 2.1.2) beschrieben – auf drei Integrationsstufen statt, nämlich einmal auf der Ebene des Gesamtschweregrads, d.h. dem Summenwert des BDI-II, dann auf der Ebene der sechs Cluster bzw. Facetten gemäß der Symptomkarte von Bühler, Keller und Läge (2012) und schließlich auf der Ebene der einzelnen Symptome des BDI-II. Die Tabelle 3.2 gibt die Ergebnisse der t-Test-Vergleiche für alle drei Integrationsstufen detailliert wieder.

- Integrationsstufe Gesamtschweregrad (1). Die Mittelwerte der gesamten selbstberichteten Depressionssymptomatik gemäß BDI-II unterschieden sich bei den beiden Patientengruppen HD Depression ($M = 1,36$) und HD Essstörung ($M = 1,37$) statistisch nicht signifikant voneinander, $t(6708) = 0,928$, $p = 0,177$.
- Integrationsstufe Cluster bzw. Facetten (2). Die Mittelwertvergleiche zwischen den beiden Patientengruppen zeigten in allen sechs Facetten signifikante Unterschiede: In der „Kernsymptomatik“ (Traurigkeit, Verlust von Freude, Interessenverlust, Entschlussunfähigkeit und Energieverlust) weist die Gruppe HD Depression ($M = 1,56$) eine leicht stärkere Ausprägung auf als die Gruppe HD Essstörung ($M = 1,46$), $t(6897) = 6,638$, $p < 0,001$. Die Effektstärke fällt mit Cohen’s $d = 0,15$ aber eher gering aus. Am deutlichsten sind die Unterschiede in den beiden Facetten „verminderte Aktivierung“ und „negative Einstellung zum Selbst“ festzumachen, die jeweils eine Effektstärke Cohen’s $d = 0,40$ aufweisen und zwar in unterschiedliche Richtungen: In der Facette „verminderte Aktivierung“ (Ermüdung, Konzentrationsschwierigkeiten) weist die Gruppe HD Depression deutlich höhere Werte auf ($M = 1,68$) als die Gruppe HD Essstörung ($M = 1,39$), $t(6507) = 17,612$, $p < 0,001$. In der Facette „negative Einstellung zum Selbst“ (Schuldgefühle, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe, Versagensgefühle, Wertlosigkeit) hingegen ist die Symptomatik bei der Gruppe HD Essstörung deutlich stärker ausgeprägt ($M = 1,61$) als bei der Gruppe HD Depression ($M = 1,31$), $t(6800) = 17,626$, $p < 0,001$.

In den übrigen Facetten zeigen sich jeweils nur geringe Unterschiede. Dies gilt für „Hoffnungslosigkeit“ (Selbstmordgedanken, Bestrafungsgefühle und Pessimismus; $M = 0,90$ vs. $0,81$; $t(8193) = 5,609$; $p < 0,001$; Cohens’s $d = 0,13$), „gesteigerte Aktivierung“ (Reizbarkeit, Weinen und Unruhe; $M = 1,34$ vs. $1,30$; $t(6895) = 2,473$; $p < 0,001$; Cohen’s $d = 0,06$) und „psychovegetative Symptome“ (Verlust an sexuellem Interesse, Veränderung der Schlafgewohnheiten und Veränderung des Appetits; $M = 1,38$ vs. $1,44$; $t(6651) = 3,251$; $p < 0,001$; Cohen’s $d = 0,07$).

- Integrationsstufe Symptome (3). Auf der niedrigsten Integrationsstufe, der Symptomebene, ist in erster Linie der deutliche Unterschied beim Symptom „Energieverlust“ hervorzuheben, das bei der Gruppe HD Depression viel stärker ausgeprägt ist ($M = 1,64$) als bei der Gruppe HD Essstörung ($M = 1,29$), $t(6566) = 20,953$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,48$. Damit hebt es sich klar von den übrigen Symptomen dieses Clusters ab, die – bis auf „Interessenverlust“ – keine signifikanten Unterschiede aufweisen. Das Symptom „Energieverlust“ gehört zur Kernsymptomatik, ist in der NMDS-Karte von Bühler, Keller und Läge (2012) aber räumlich auf die Facette der „verminderten Aktivierung“ hin ausgerichtet. Der starke Unterschied bei diesem Symptom deckt sich mit dem markanten Unterschied, der für diese Facette bereits berichtet wurde. Auch auf der Betrachtungsebene der Einzelsymptome weisen durchgehend alle Symptome der Facette „negative Einstellung zum Selbst“ bei der Gruppe HD Essstörung signifikant höhere Werte mit Effektstärken im mittleren Bereich auf. Umgekehrt sind die Symptome der Facette „verminderte Aktivierung“ bei der Gruppe HD Depression stärker ausgeprägt.
- In den übrigen Facetten gibt es weitere nennenswerte Unterschiede auf Symptomebene, so etwa die in der Gruppe HD Depression stärker ausgeprägten Werte bei „Pessimismus“, $M = 1,28$ vs. $0,99$, $t(6855) = 14,305$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,32$, und bei „Veränderungen der Schlafgewohnheiten“, $M = 1,79$ vs. $1,44$, $t(6649) = 15,503$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,35$. Dagegen zeigt bei der „Veränderung des Appetits“ die Gruppe HD Essstörung deutlich höhere Werte, $M = 1,07$ vs. $1,77$, $t(6433) = 29,418$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,67$.

Tabelle 3.2: Vergleich der Symptomausprägungen und der qualitativen Facetten depressiver Symptomatik zwischen Patienten mit der Hauptdiagnose einer unipolaren Depression und der Hauptdiagnose einer Essstörung.

	<i>HD Depression M (SD)</i>	<i>HD Essstörung M (SD)</i>	<i>t(df)</i>	<i>p^a</i>	<i>Cohen's d</i>
BDI Total	1,36 (0,53)	1,37 (0,57)	0,928 (6708)	0,177	
Kernsymptomatik	1,56 (0,63)	1,46 (0,66)	6,638 (6897)	0,000	0,15
Traurigkeit	1,22 (0,78)	1,25 (0,76)	1,566 (8171)	0,059	
Verlust von Freude	1,73 (0,83)	1,72 (0,87)	0,233 (6843)	0,408	
Interessenverlust	1,50 (0,93)	1,37 (0,98)	5,879 (6787)	0,000	0,13
Entschlussunfähigkeit	1,71 (0,96)	1,68 (1,03)	1,308 (6740)	0,095	

Energieverlust	1,64 (0,70)	1,29 (0,77)	20,953 (6566)	0,000	0,48
Negative Einstellung zum Selbst	1,31 (0,73)	1,61 (0,78)	17,626 (6800)	0,000	0,40
Versagensgefühle	1,44 (0,94)	1,66 (0,97)	10,286 (8175)	0,000	0,23
Schuldgefühle	1,11 (0,88)	1,40 (0,95)	13,681 (6734)	0,000	0,31
Selbstablehnung	1,29 (0,89)	1,74 (0,95)	21,217 (6729)	0,000	0,48
Selbstvorwürfe	1,45 (0,90)	1,70 (0,91)	12,219 (6991)	0,000	0,28
Wertlosigkeit	1,27 (0,95)	1,58 (1,00)	13,832 (6782)	0,000	0,31
Hoffnungslosigkeit	0,90 (0,66)	0,81 (0,67)	5,609 (8193)	0,000	0,13
Selbstmordgedanken	0,55 (0,62)	0,58 (0,63)	1,607 (8179)	0,054	
Bestrafungsgefühle	0,86 (1,10)	0,87 (1,05)	0,506 (8127)	0,307	
Pessimismus	1,28 (0,86)	0,99 (0,90)	14,305 (6855)	0,000	0,32
Gesteigerte Aktivierung	1,34 (0,67)	1,30 (0,69)	2,473 (6895)	0,007	0,06
Reizbarkeit	1,34 (0,91)	1,27 (0,90)	3,533 (7122)	0,000	0,08
Weinen	1,42 (1,04)	1,42 (0,99)	0,120 (7314)	0,452	
Unruhe	1,26 (0,85)	1,22 (0,96)	1,951 (6476)	0,026	0,04
Psychovegetative Symptome	1,38 (0,71)	1,44 (0,77)	3,251 (6651)	0,001	0,07
Verlust an sexuellem Interesse	1,29 (1,10)	1,09 (1,18)	7,675 (6595)	0,000	0,18
Veränderung der Schlafgewohnheiten	1,79 (0,94)	1,44 (1,02)	15,503 (6649)	0,000	0,35
Veränderung des Appetits	1,07 (1,00)	1,77 (1,11)	29,418 (6433)	0,000	0,67
Verminderte Aktivierung	1,68 (0,66)	1,39 (0,74)	17,612 (6507)	0,000	0,40
Konzentrationsschwierigkeiten	1,68 (0,77)	1,44 (0,89)	12,699 (6350)	0,000	0,29
Ermüdung	1,68 (0,77)	1,35 (0,82)	17,833 (6743)	0,000	0,40

Anm.: Der Gesamtschweregrad und die verschiedenen Facetten sind fettgedruckt, die zugehörigen Symptome jeweils darunter aufgelistet. Cohen's d Effektgrößen sind nur für statistisch signifikante Vergleiche berichtet. Abkürzungen: HD = Hauptdiagnose M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Freiheitsgrade

^a einseitig

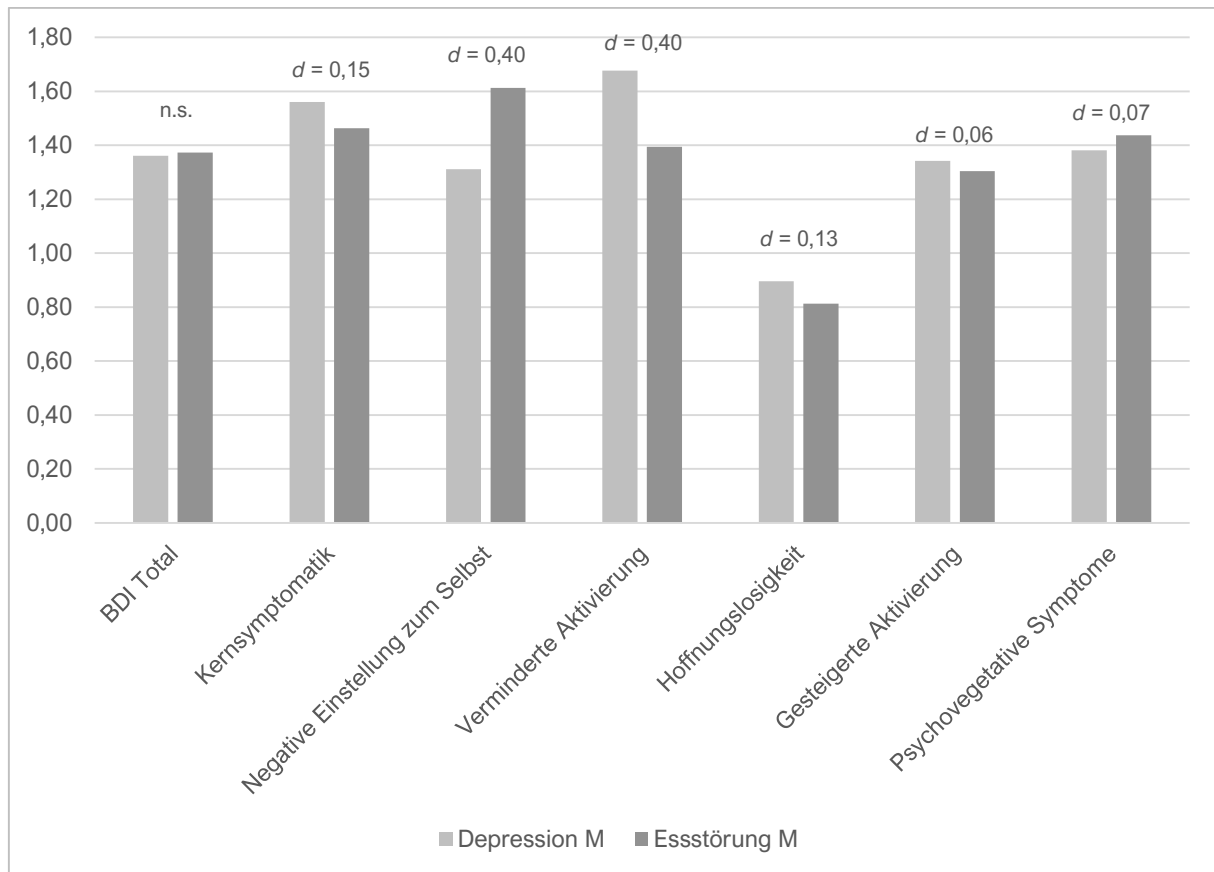
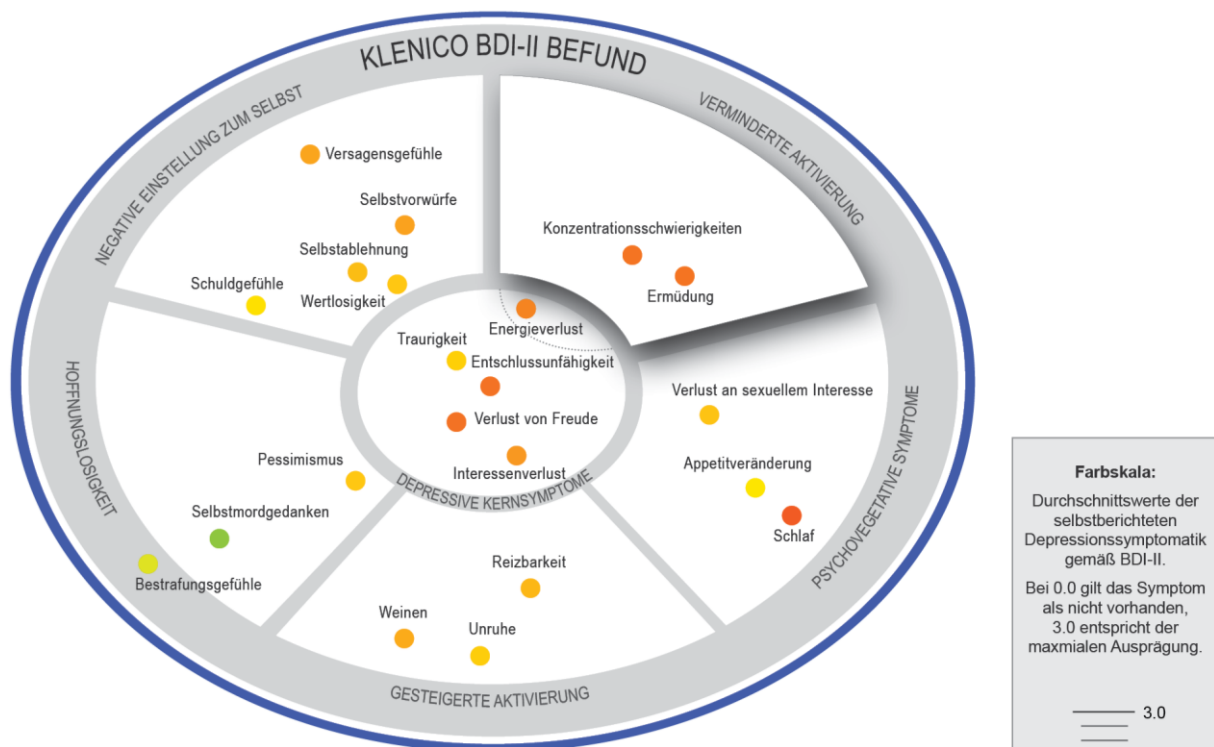
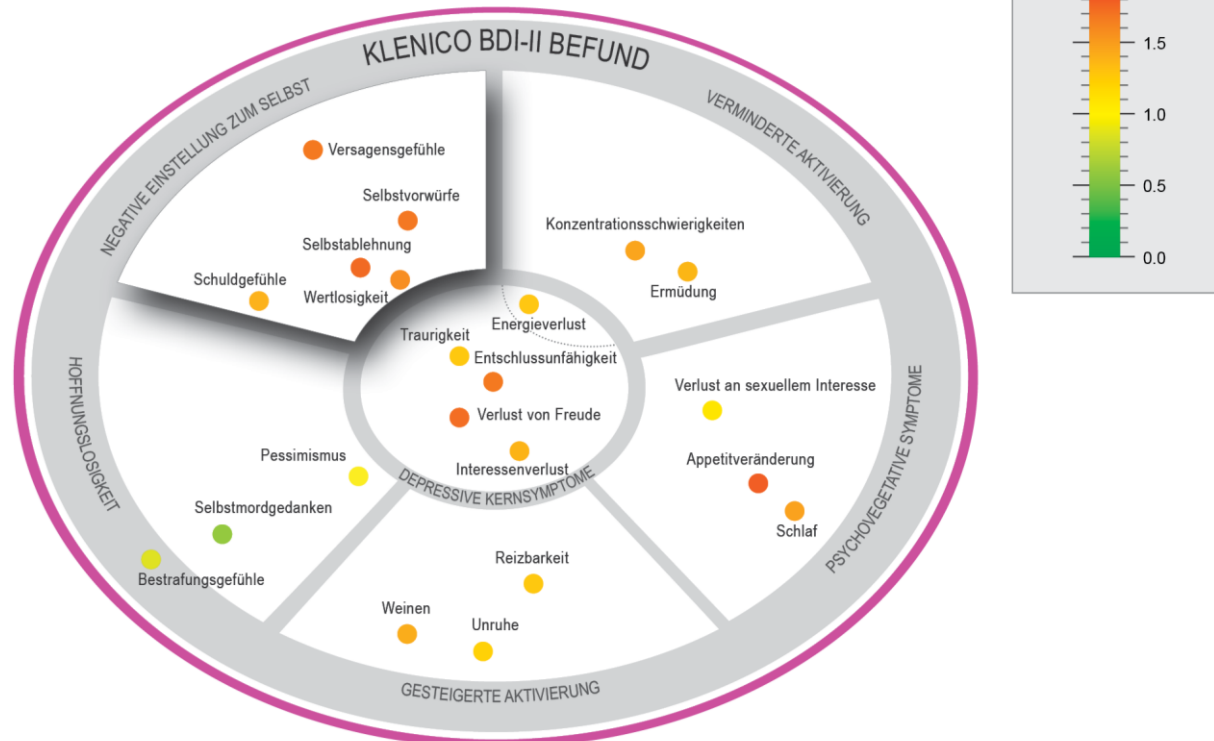


Abbildung 3.1: Ergebnisdarstellung des Gruppenvergleichs HD Depression vs. HD Essstörung für den Summenwert (BDI Total), die Kernsymptomatik und die fünf Facetten als Säulendiagramm.

Die Abbildung 3.1 stellt die Ergebnisse für des Gesamtschweregrad (BDI Total) sowie die Durchschnittswerte der einzelnen Facetten in einem gängigen Säulendiagramm dar. Die Darstellungsform einer NMDS, wie sie in der Abbildung 3.2 zu sehen ist, vermag alle drei Integrationsstufen gleichzeitig wiederzugeben. Die geometrische Struktur der hier abgebildeten Symptomkarten basiert auf den Validierungsdaten der deutschen Version des BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) und diente als visuelle Grundlage, um die charakteristischen Symptomprofile der beiden Patientengruppen aus der Schönklinik Roseneck darzustellen. Die Roseneck-Daten hatten also keinen Einfluss auf die geometrische Struktur der Symptomkarten, die deshalb auch keine Unterschiede zwischen den beiden Stichprobengruppen aufweist. Mittels eines Farbcodes wurden die Ausprägungen der einzelnen Symptom-Items in die gegebene Struktur eingetragen, wobei Grün für eine geringe, Rot für eine stärkere Ausprägung und der kontinuierliche Farbverlauf für dazwischenliegende Ausprägungen stehen. Die numerisch relativ homogenen Werte im Gesamtschweregrad findet daher auf visueller Ebene eine Entsprechung in einem holistischen Eindruck gleicher mittlerer Farbtöne. Im direkten visuellen Vergleich der einzelnen Facetten (Kreisseibensegmente) hebt sich die „negative



Hauptdiagnose Depression ($n = 4895$)



Hauptdiagnose Essstörung ($n = 3302$)

Abbildung 3.2: Stichprobenvergleich HD Depression vs. HD Essstörung anhand von BDI-II-Symptomkarten, bei denen die Einfärbung der Symptompunkte auf den jeweiligen Durchschnittswerten der Stichproben beruht.

Einstellung zum Selbst“ von der „verminderten Aktivierung“ ab, was in der Abbildung durch die beiden Schattierungen verdeutlicht wird und auf numerischer Seite den beiden Effektstärken von Cohen’s $d = 0,40$ entspricht. Neben den Gegensätzen in diesen beiden Facetten werden weitere Unterschiede auf Einzelsymptomebene sichtbar, so etwa die unterschiedlichen Ausprägungen bei „Energieverlust“, „Appetitveränderungen“ sowie „Schlaf“ (Veränderung der Schlafgewohnheiten). Bei dieser Darstellungsform ist zu beachten, dass die Farbskala mit ihrem kontinuierlichen Verlauf von Grün über Gelb zu Rot nicht über die gesamte Punktwertskala des BDI-II ausgedehnt, sondern auf die Ausprägungswerte 0,0 bis 2,0 gestaucht wurde. Diese verdichtete Abfolge der Farbtöne ermöglichte eine leichtere Wahrnehmung von Punktwertunterschieden, beinhaltet aber auch eine gewisse Verzerrung, weil das farbliche Skalenmaximum Rot eben nicht mit dem numerischen Maximum von 3,0 Punkten übereinstimmt. Insgesamt kann somit die aufgestellte Hypothese, dass die Facette „Negative Einstellung zum Selbst“ eine höhere Ausprägung aufweist, wenn die Depression als Komorbidität zur Hauptdiagnose einer Essstörung erachtet wird, als bestätigt gelten. Abweichend von der Hypothese zeigt allerdings die Facette „Verminderte Aktivierung“ in der Gruppe HD Depression eine deutlich stärkere Ausprägung.

Die beiden Patientenstichproben wiesen große Unterschiede im Hinblick auf die Verteilung der Geschlechter sowie des Alters auf. So waren Männer in der Gruppe HD Depression zu 41,7% vertreten, in der Gruppe HD Essstörung jedoch gerade mal zu 3,8%. Der Altersdurchschnitt lag in Gruppe HD Depression bei 45,6 Jahren und bei der Gruppe HD Essstörung bei 24,1 Jahren. Im Histogramm zeigte sich außerdem bei der Gruppe HD Depression eine tendenziell bimodale Verteilung mit einem ersten Gipfel bei etwa 17 Jahren und einem zweiten Gipfel bei etwa 55 Jahren, während die Gruppe HD Essstörung beim Alter eine deutlich rechtsschiefe Verteilung mit einem einzelnen Modus bei 17 Jahren aufwies. Aufgrund dieser unterschiedlichen demografischen Charakteristiken der beiden Stichproben berechneten wir mit Hilfe der Case-Control-Funktion von SPSS eine in Bezug auf das Alter angepasste Stichprobe (matched sample) aus der Gruppe HD Depression. Mit dieser angepassten Stichprobe ($n = 1625$) rechneten wir die oben erwähnten t-Tests erneut, wobei Werte resultierten, die sich mehrheitlich deutlich von den oben berichteten unterschieden: Auf der Stufe des Gesamtschweregrads wies die Gruppe HD Depression (angepasst) eine signifikant stärkere Ausprägung auf (Cohen’s $d = 0,19$). Auf der Stufe der Facetten bzw. Symptomcluster zeigte die Gruppe HD Depression (angepasst) ebenfalls höhere Werte und der Unterschied fiel mit Cohen’s $d = 0,30$ deutlich markanter aus als bei der nicht angepassten Stichprobe. Dagegen verschwand der vormals so klare Unterschied in der Facette „Negative Einstellung zum Selbst“,

sodass der empirische Unterschied die Signifikanzschwelle nicht mehr zu überschreiten vermochte. Die restlichen vier Facetten („Hoffnungslosigkeit“, „Gesteigerte Aktivierung“, „Psychovegetative Symptome“ und „Verminderte Aktivierung“) zeigten – wie schon in den Berechnungen mit der unangepassten Stichprobe – allesamt eine höhere Ausprägung, die Unterschiede fielen dabei jeweils deutlicher aus. Die Tabelle 3.3 fasst die wichtigsten Eckdaten dieser Stichprobenvergleiche auf Gesamtschweregrad- und Facettenebene zusammen.

Tabelle 3.3: Vergleich der qualitativen Facetten depressiver Symptomatik zwischen Patienten mit der Hauptdiagnose einer unipolaren Depression und der Hauptdiagnose einer Essstörung mit einer nach Alter angepassten („matched“) Stichprobe.

	<i>HD Depression (angepasst) M (SD)</i>	<i>HD Essstörung M (SD)</i>	<i>t(df)</i>	<i>p^a</i>	<i>Cohen's d</i>
BDI Total	1,47 (0,52)	1,37 (0,57)	6,223 (3524)	0,000	0,19
Kernsymptomatik	1,66 (0,63)	1,46 (0,66)	9,992 (3367)	0,000	0,30
Negative Einstellung zum Selbst	1,59 (0,73)	1,61 (0,78)	1,215 (3429)	0,112	
Hoffnungslosigkeit	1,04 (0,68)	0,81 (0,67)	11,233 (4924)	0,000	0,34
Gesteigerte Aktivierung	1,42 (0,67)	1,30 (0,69)	5,662 (4925)	0,000	0,17
Psychovegetative Symptome	1,31 (0,71)	1,44 (0,77)	5,834 (3471)	0,000	0,17
Verminderte Aktivierung	1,71 (0,68)	1,39 (0,74)	14,827 (3508)	0,000	0,44

Anm.: Cohen's *d* Effektgrößen sind nur für statistisch signifikante Vergleiche berichtet.

Abkürzungen: HD = Hauptdiagnose M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Freiheitsgrade

^a einseitig

3.1.2. Stichprobenvergleiche HD Depression vs. HD Angststörung

Von den 11 018 stationären Patienten, die zwischen 2012 und 2017 in der Schönklinik Rosen-eck behandelt wurden, hatten $n = 645$ die Hauptdiagnose einer Angststörung (HD Angststörung). Diese Gruppe hatte ein Durchschnittsalter von 35,2 Jahren (SD = 16,02; Spannweite 14–81) und 60,2% waren Frauen. Die zu Angststörungen zusammengefassten Diagnosen teilten sich auf in Agoraphobie (ICD-10: F40.0; 31,8%), soziale Phobien (ICD-10: F40.1; 34,7%), spezifische (isolierte) Phobien (ICD-10: F40.2; 5,0%), Panikstörung (ICD-10: F41.0; 14,4%), Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1; 8,8%), Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2; 2,0%) sowie die zu einer Restkategorie (3,3%) zusammengefassten

Diagnoseeinheiten andere gemischte Angststörungen (ICD-10: F41.3), sonstige spezifische Angststörungen (ICD-10: F41.8) und Angststörungen, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F41.9). Die Gruppe HD Angststörung verglichen wir mit der oben (vgl. 3.1.1) beschriebenen Gruppe HD Depression. Tabelle 3.4 fasst die Beschreibung der beiden Patientengruppen in Eckdaten zusammen. Zwischen diesen beiden Gruppen gab es zwar auch einen gewissen Unterschied in Bezug auf das Durchschnittsalter, allerdings war der deutlich weniger stark ausgeprägt als beim Vergleich zwischen den Gruppen HD Depression und HD Essstörung. Deshalb verzichteten wir hier auf ein Matching.

Tabelle 3.4: Kennzahlen der Stichproben zum Vergleich HD Depression vs. HD Angststörung.

	<i>HD Depression</i>	<i>HD Angststörung</i>
<i>n</i>	4895	645
Frauen (Prozent)	2853 (58,3%)	388 (60,2%)
Männer (Prozent)	2042 (41,7%)	257 (39,8%)
Mittelwert des Alters bei Eintritt (SD)	45,6 (15,37)	35,2 (16,02)
Median des Alters bei Eintritt (Spannweite)	49 (14–84)	32 (14–81)
Hauptdiagnosen (Prozent)	F32 (40,2%) F33 (59,7%) F34 (0,1%)	F40.0 (31,8%) F40.1 (34,7%) F40.2 (5,0%) F41.0 (14,4%) F41.1 (8,8%) F41.2 (2,0%) andere (3,3%)

Abkürzungen: HD = Hauptdiagnose; SD = Standardabweichung

Die Auswertungen fanden auch hier auf drei Integrationsstufen statt, nämlich einmal auf der Ebene des Gesamtschweregrads, d.h. dem Summenwert des BDI-II, dann auf der Ebene der sechs Cluster bzw. Facetten gemäß der Symptomkarte von Bühler, Keller und Läge (2012) und schließlich auf der Ebene der einzelnen Symptome des BDI-II. Die Tabelle 3.5 gibt die Ergebnisse der t-Test-Vergleiche für alle drei Integrationsstufen detailliert wieder.

- Integrationsstufe Gesamtschweregrad (1). Die Mittelwerte der gesamten selbstberichteten Depressionssymptomatik gemäß BDI-II unterschieden sich bei den beiden Patientengruppen HD Depression ($M = 1,36$) und HD Angststörung ($M = 1,13$) statistisch signifikant voneinander, $t(5538) = 10,58$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,45$.

- Integrationsstufe Cluster bzw. Facetten (2). Die Mittelwertvergleiche zwischen den beiden Patientengruppen zeigten in allen sechs Facetten signifikante Unterschiede, und durchgehend fielen die Werte bei der Gruppe HD Depression höher aus. Bei dreien sind die Unterschiede besonders deutlich: In der „Kernsymptomatik“ (Traurigkeit, Verlust von Freude, Interessenverlust, Entschlussunfähigkeit und Energieverlust) weist die Gruppe HD Depression ($M = 1,56$) eine deutlich stärkere Ausprägung auf als die Gruppe HD Angststörung ($M = 1,30$), $t(5538) = 9,752$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,41$. Bei den „psychovegetativen Symptomen“ (Verlust an sexuellem Interesse, Veränderung der Schlafgewohnheiten und Veränderung des Appetits) weist die Gruppe HD Depression ($M = 1,38$) ebenfalls deutlich höhere Werte auf als die Gruppe HD Angststörung ($M = 1,07$), $t(5534) = 10,61$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,45$. Auch in der Facette „verminderte Aktivierung“ (Ermüdung, Konzentrationsschwierigkeiten) zeigt die Gruppe HD Depression ($M = 1,68$) deutlich stärkere Ausprägungen als die Gruppe HD Angststörung ($M = 1,33$), $t(801) = 11,774$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,51$. Etwas weniger stark, aber dennoch klar vorhanden waren die Mittelwertunterschiede in den übrigen drei Facetten: Bei der „negativen Einstellung zum Selbst“ (Schuldgefühle, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe, Versagensgefühle, Wertlosigkeit) wies die Gruppe HD Depression einen Mittelwert von $M = 1,31$ auf, die Gruppe HD Angststörung dagegen $M = 1,15$, $t(5538) = 5,31$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,23$. Bei der Facette „Hoffnungslosigkeit“ (Selbstmordgedanken, Bestrafungsgefühle und Pessimismus) lagen die Mittelwerte bei $M = 0,90$ (HD Depression) bzw. $M = 0,70$ (HD Angststörung), $t(857) = 7,611$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,31$. Bei der „gesteigerten Aktivierung“ (Reizbarkeit, Weinen und Unruhe) schließlich lagen die Mittelwerte bei $M = 1,34$ (HD Depression) bzw. $M = 1,14$ (HD Angststörung), $t(5538) = 7,173$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,31$.
- Integrationsstufe Symptome (3). Auf der niedrigsten Integrationsstufe, der Symptomebene, zeigte sich dasselbe Muster wie auf der Ebene der Facetten: Die Mittelwerte aller Symptome waren bei der Gruppe HD Depression signifikant stärker ausgeprägt als in der Gruppe HD Angststörung – mit einer einzelnen Ausnahme, nämlich dem Symptom Unruhe, wo der Unterschied die Signifikanzschwelle von $p < 0,05$ überschritt. Die Effektstärken der übrigen Mittelwertunterschiede lagen zwischen Cohen's $d = 0,10$ (Selbstablehnung) und Cohen's $d = 0,44$ (Ermüdung).

Tabelle 3.5: Vergleich der Symptomausprägungen und der qualitativen Facetten depressiver Symptomatik zwischen Patienten mit der Hauptdiagnose einer unipolaren Depression und der Hauptdiagnose einer Angststörung.

	<i>HD Depression M (SD)</i>	<i>HD Angststörung M (SD)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p^a</i>	<i>Cohen's d</i>
BDI Total	1,36 (0,53)	1,13 (0,51)	10,58 (5538)	0,000	0,45
Kernsymptomatik	1,56 (0,63)	1,30 (0,62)	9,752 (5538)	0,000	0,41
Traurigkeit	1,22 (0,78)	0,99 (0,67)	7,975 (883)	0,000	0,32
Verlust von Freude	1,73 (0,83)	1,49 (0,84)	6,664 (5524)	0,000	0,28
Interessenverlust	1,50 (0,93)	1,22 (0,92)	7,174 (824)	0,000	0,30
Entschlussunfähigkeit	1,71 (0,96)	1,47 (0,99)	5,92 (5517)	0,000	0,25
Energieverlust	1,64 (0,70)	1,35 (0,73)	10,04 (5526)	0,000	0,41
Negative Einstellung zum Selbst	1,31 (0,73)	1,15 (0,71)	5,31 (5538)	0,000	0,23
Versagensgefühle	1,44 (0,94)	1,33 (0,95)	2,73 (5525)	0,003	0,11
Schuldgefühle	1,11 (0,88)	0,89 (0,8)	6,646 (860)	0,000	0,27
Selbstablehnung	1,29 (0,89)	1,20 (0,88)	2,45 (5511)	0,007	0,10
Selbstvorwürfe	1,45 (0,9)	1,22 (0,91)	5,918 (5512)	0,000	0,25
Wertlosigkeit	1,27 (0,95)	1,11 (0,95)	3,989 (5505)	0,000	0,17
Hoffnungslosigkeit	0,90 (0,66)	0,70 (0,60)	7,611 (857)	0,000	0,31
Selbstmordgedanken	0,55 (0,62)	0,42 (0,57)	5,397 (859)	0,000	0,22
Bestrafungsgefühle	0,86 (1,10)	0,63 (1,00)	5,357 (850)	0,000	0,22
Pessimismus	1,28 (0,86)	1,05 (0,85)	6,364 (828)	0,000	0,26
Gesteigerte Aktivierung	1,34 (0,67)	1,14 (0,62)	7,173 (5538)	0,000	0,31
Reizbarkeit	1,34 (0,91)	1,02 (0,85)	9,042 (851)	0,000	0,37
Weinen	1,42 (1,04)	1,21 (1,01)	5,01 (832)	0,000	0,21
Unruhe	1,26 (0,85)	1,20 (0,83)	1,445 (5519)	0,074	
Psychovegetative Symptome	1,38 (0,71)	1,07 (0,7)	10,61 (5534)	0,000	0,45
Verlust an sexuellem Interesse	1,29 (1,10)	0,83 (1,00)	10,567 (842)	0,000	0,43

Veränderung der Schlafgewohnheiten	1,79 (0,94)	1,46 (0,98)	7,987 (793)	0,000	0,34
Veränderung des Appetits	1,07 (1,00)	0,92 (0,94)	3,664 (839)	0,000	0,15
Verminderte Aktivierung	1,68 (0,66)	1,33 (0,70)	11,774 (801)	0,000	0,51
Konzentrationschwierigkeiten	1,68 (0,77)	1,33 (0,85)	9,844 (791)	0,000	0,43
Ermüdung	1,68 (0,77)	1,33 (0,79)	10,559 (5526)	0,000	0,44

Anm.: Der Gesamtschweregrad und die verschiedenen Facetten sind fettgedruckt, die zugehörigen Symptome jeweils darunter aufgelistet. Cohen's d Effektgrößen werden nur für statistisch signifikante Vergleiche berichtet. Abkürzungen: HD = Hauptdiagnose M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Freiheitsgrade

^a einseitig

Die Abbildung 3.3 stellt die Ergebnisse für des Gesamtschweregrad (BDI Total) sowie die Durchschnittswerte der einzelnen Facetten in einem gängigen Säulendiagramm dar. Aufgrund dieser Datenanalyse muss die aufgestellte Hypothese, dass das Syndrom „Gesteigerte Aktivierung“ in der Gruppe HD Angststörung stärker ausgeprägt sei als in der Gruppe HD Depression, verworfen werden. Ebenfalls verworfen werden muss der zweite Teil der Hypothese, nämlich, dass die übrigen Syndrome nur geringe oder gar keine Unterschiede aufweisen würden.

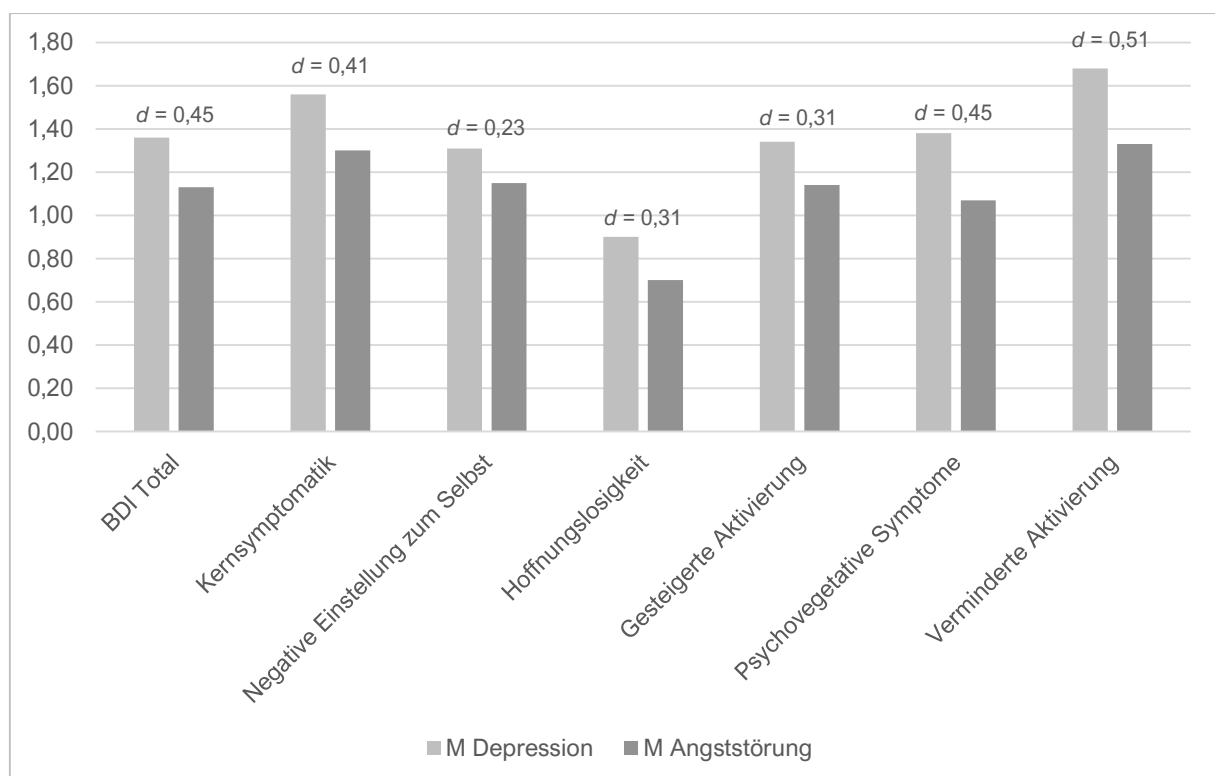


Abbildung 3.3: Ergebnisdarstellung des Gruppenvergleichs HD Depression vs. HD Angststörung für den Summenwert (BDI Total), die Kernsymptomatik und die fünf Facetten als Säulendiagramm.

3.1.3. Stichprobenvergleiche HD Depression vs. HD Zwangsstörung

Von den 11 018 stationären Patienten, die zwischen 2012 und 2017 in der Schönklinik Rosen-
eck behandelt wurden, hatten $n = 740$ die Hauptdiagnose einer Angststörung (HD Angststörung). Diese Gruppe wies ein Durchschnittsalter von 32,8 Jahren ($SD = 14,13$; Spannweite 14–79) und bestand zu 58,0% aus Frauen. Die zu Zwangsstörungen zusammengefassten Diagnosen teilten sich auf in „vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang“ (ICD-10: F42.0; 5,5%), „vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)“ (ICD-10: F42.1; 23,4%), „Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt“ (ICD-10: F42.2; 70,5%) und die Restkategorie „Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet“ (ICD-10: F42.9; 0,5%). Die Gruppe HD Zwangsstörung verglichen wir mit der oben (vgl. 3.1.1) beschriebenen Gruppe HD Depression. Tabelle 3.6 fasst die Beschreibung der beiden Patientengruppen in Eckdaten zusammen. Zwischen diesen beiden Gruppen gab es zwar auch einen gewissen Unterschied in Bezug auf das Durchschnittsalter, allerdings war der deutlich weniger stark ausgeprägt als beim Vergleich zwischen den Gruppen HD Depression und HD Essstörung. Deshalb verzichteten wir hier auf ein Matching.

Tabelle 3.6: Kennzahlen der Stichproben zum Vergleich HD Depression vs. HD Zwangsstörung.

	<i>HD Depression</i>	<i>HD Zwangsstörung</i>
<i>n</i>	4895	740
Frauen (Prozent)	2853 (58,3%)	429 (58,0%)
Männer (Prozent)	2042 (41,7%)	311 (42,0)
Mittelwert des Alters bei Eintritt (SD)	45,6 (15,37)	32,8 (14,13)
Median des Alters bei Eintritt (Spannweite)	49 (14–84)	30 (14–79)
Hauptdiagnosen (Prozent)	F32 (40,2%) F33 (59,7%) F34 (0,1%)	F42.0 (5,5%) F42.1 (23,4%) F42.2 (70,5%) F42.9 (0,5%)

Abkürzungen: HD = Hauptdiagnose; SD = Standardabweichung

Wie schon bei den oben berichteten Stichprobenvergleichen fanden die Auswertungen auch hier auf drei Integrationsstufen statt, nämlich einmal auf der Ebene des Gesamtschweregrads, d.h. dem Summenwert des BDI-II, dann auf der Ebene der sechs Cluster bzw. Facetten gemäß

der Symptomkarte von Bühler, Keller und Läge (2012) und schließlich auf der Ebene der einzelnen Symptome des BDI-II. Die Tabelle 3.7 gibt die Ergebnisse der t-Test-Vergleiche für alle drei Integrationsstufen detailliert wieder.

- Integrationsstufe Gesamtschweregrad (1). Die Mittelwerte der gesamten selbstberichteten Depressionssymptomatik gemäß BDI-II unterschieden sich bei den beiden Patientengruppen HD Depression ($M = 1,36$) und HD Zwangsstörung ($M = 1,18$) statistisch signifikant voneinander, $t(5633) = 8,654$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,34$.
- Integrationsstufe Cluster bzw. Facetten (2). Die Mittelwertvergleiche zwischen den beiden Patientengruppen zeigten in fünf von sechs Facetten signifikante Unterschiede, wobei die Werte bei der Gruppe HD Depression durchwegs höher ausfielen. Nur bei der Facette „Negative Einstellung zum Selbst“ (Schuldgefühle, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe, Versagensgefühle, Wertlosigkeit) lag der Unterschied über der Signifikanzschwelle von $p < 0,05$. Besonders deutlich sind die Unterschiede bei der Facette „Psychovegetative Symptome“ (Verlust an sexuellem Interesse, Veränderung der Schlafgewohnheiten und Veränderung des Appetits; $M = 1,38$ vs. $M = 0,98$; $t(5629) = 14,393$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,57$) sowie bei der Facette „Verminderte Aktivierung“ (Ermüdung, Konzentrationsschwierigkeiten; $M = 1,68$ vs. $M = 0,38$, $t(927) = 10,310$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,42$). Von den verbleibenden drei Facetten weisen zwei immer noch deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf, nämlich die „Kernsymptomatik“ (Traurigkeit, Verlust von Freude, Interessenverlust, Entschlussunfähigkeit und Energieverlust; $M = 1,56$ vs. $M = 1,37$, $t(5633) = 3,779$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,29$) und die „Gesteigerte Aktivierung“ (Reizbarkeit, Weinen und Unruhe; $M = 1,34$ vs. $M = 1,14$, $t(954) = 7,256$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,29$). Bei der Facette „Hoffnungslosigkeit“ (Selbstmordgedanken, Bestrafungsgefühle und Pessimismus) schließlich fiel der Unterschied gering aus ($M = 0,90$ vs. $M = 0,80$, $t(5632) = 3,779$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,15$).
- Integrationsstufe Symptome (3). Auf der niedrigsten Integrationsstufe, der Symptomebene, wiesen 16 von den insgesamt 21 Symptomen des BDI-II signifikante Unterschiede zwischen den beiden Stichprobengruppen auf. Dabei fielen die Werte der Gruppe HD Depression durchwegs höher aus als diejenigen der Gruppe HD Zwangsstörung. Die Effektstärken lagen dabei zwischen Cohen's $d = 0,07$ (Entschlussunfähig-

keit und Versagensgefühle) und Cohen's $d = 0,53$ (Veränderungen der Schlafgewohnheiten). Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich dagegen bei den Symptomen Schuldgefühle, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe und Bestrafungsgefühle.

Tabelle 3.7: Vergleich der Symptomausprägungen und der qualitativen Facetten depressiver Symptomatik zwischen Patienten mit der Hauptdiagnose einer unipolaren Depression und der Hauptdiagnose einer Zwangsstörung.

	<i>HD Depression M (SD)</i>	<i>HD Zwangsstörung M (SD)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p^a</i>	<i>Cohen's d</i>
BDI Total	1,36 (0,53)	1,18 (0,55)	8,654 (5633)	0,000	0,34
Kernsymptomatik	1,56 (0,63)	1,37 (0,66)	7,445 (5633)	0,000	0,29
Traurigkeit	1,22 (0,78)	1,10 (0,75)	4,001 (992)	0,000	0,16
Verlust von Freude	1,73 (0,83)	1,57 (0,86)	4,481 (955)	0,000	0,18
Interessenverlust	1,50 (0,93)	1,19 (0,96)	8,4 (5613)	0,000	0,33
Entschlussunfähigkeit	1,71 (0,96)	1,64 (1,09)	1,662 (917)	0,049	0,07
Energieverlust	1,64 (0,70)	1,37 (0,75)	9,356 (941)	0,000	0,38
Negative Einstellung zum Selbst	1,31 (0,73)	1,27 (0,73)	1,307 (5633)	0,096	
Versagensgefühle	1,44 (0,94)	1,37 (0,93)	1,831 (5621)	0,034	0,07
Schuldgefühle	1,11 (0,88)	1,16 (0,95)	-1,29 (941)	0,099	
Selbstablehnung	1,29 (0,89)	1,25 (0,92)	1,139 (5607)	0,128	
Selbstvorwürfe	1,45 (0,90)	1,40 (0,97)	1,268 (937)	0,103	
Wertlosigkeit	1,27 (0,95)	1,19 (0,95)	2,137 (5602)	0,017	0,08
Hoffnungslosigkeit	0,90 (0,66)	0,80 (0,63)	3,779 (5632)	0,000	0,15
Selbstmordgedanken	0,55 (0,62)	0,5 (0,56)	2,233 (1033)	0,013	0,09
Bestrafungsgefühle	0,86 (1,10)	0,86 (1,07)	-0,072 (5592)	0,472	
Pessimismus	1,28 (0,86)	1,03 (0,89)	6,91 (961)	0,000	0,28
Gesteigerte Aktivierung	1,34 (0,67)	1,14 (0,70)	7,256 (954)	0,000	0,29
Reizbarkeit	1,34 (0,91)	1,14 (0,92)	5,521 (5609)	0,000	0,22
Weinen	1,42 (1,04)	1,14 (1,06)	6,686 (967)	0,000	0,27

Unruhe	1,26 (0,85)	1,15 (0,85)	3,268 (5613)	0,001	0,13
Psychovegetative Symptome	1,38 (0,71)	0,98 (0,71)	14,393 (5629)	0,000	0,57
Verlust an sexuellem Interesse	1,29 (1,10)	0,83 (1,07)	10,655 (976)	0,000	0,42
Veränderung der Schlafgewohnheiten	1,79 (0,94)	1,28 (0,96)	13,537 (5569)	0,000	0,53
Veränderung des Appetits	1,07 (1,00)	0,82 (0,93)	6,251 (5607)	0,000	0,25
Verminderte Aktivierung	1,68 (0,66)	1,38 (0,74)	10,31 (927)	0,000	0,42
Konzentrationsschwierigkeiten	1,68 (0,77)	1,41 (0,89)	7,597 (914)	0,000	0,32
Ermüdung	1,68 (0,77)	1,35 (0,85)	9,968 (933)	0,000	0,41

Anm.: Der Gesamtschweregrad und die verschiedenen Facetten sind fettgedruckt, die zugehörigen Symptome jeweils darunter aufgelistet. Cohen's d Effektgrößen werden nur für statistisch signifikante Vergleiche berichtet. Abkürzungen: HD = Hauptdiagnose M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Freiheitsgrade

^a einseitig

Die Abbildung 3.4 stellt die Ergebnisse für des Gesamtschweregrad (Total BDI) sowie die Durchschnittswerte der einzelnen Facetten in einem gängigen Säulendiagramm dar. Aufgrund dieser Datenanalyse muss die aufgestellte Hypothese, dass das Syndrom „Verminderte Aktivierung“ und die Symptome „Schuldgefühle“ und „Traurigkeit“ in der Gruppe HD Zwangsstörung stärker ausgeprägt sei als in der Gruppe HD Depression, verworfen werden. Ebenfalls verworfen werden muss der zweite Teil der Hypothese, nämlich, dass die übrigen Syndrome nur geringe oder gar keine Unterschiede aufweisen würden.

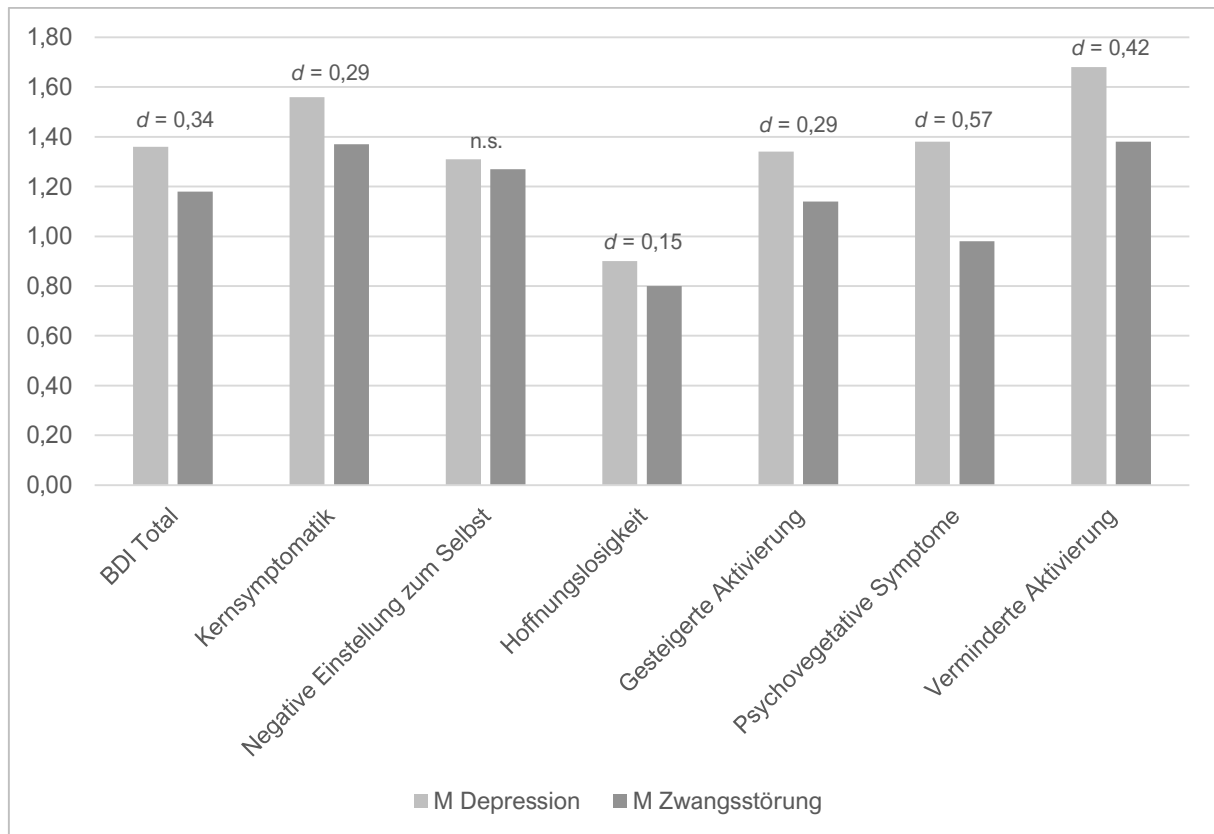


Abbildung 3.4: Ergebnisdarstellung des Gruppenvergleichs HD Depression vs. HD Zwangsstörung für den Summenwert (BDI Total), die Kernsymptomatik und die fünf Facetten als Säulendiagramm.

3.1.4. Stichprobenvergleiche zwischen allen Gruppen

Die vierte Fragestellung des empirischen Teils basierte auf der Prämisse, dass sich in den vorangegangenen Mittelwertvergleichen charakteristische und spezifische Symptomprofile ergeben. Das war zwar im Vergleich der Gruppen HD Depression und HD Essstörung der Fall (zumindest unter Beibehaltung der ursprünglichen, sozioökonomischen Stichprobencharakteristiken), nicht aber bei den Vergleichen HD Depression vs. HD Angststörung und HD Depression vs. HD Zwangsstörung. Aus diesem Grund erübrigten sich weitere Auswertungen, anhand derer die Mittelwertunterschiede auch zwischen den Gruppen HD Essstörung, HD Angststörung und HD Zwangsstörung hätten untersucht werden können.

3.2. Ergebnisse zum konzeptionellen Teil

In diesem Kapitel werden alle relevanten Ergebnisse berichtet, um den Aufbau und die Formulierungen des Item-Inventars für das Klenico-System nachvollziehbar zu machen. Im Rahmen des Weiterentwicklungsprojekts der Klenico-Software fand dieser wissenschaftliche Prozess seine finale Ausgestaltung in Form einer sehr umfangreichen Datenbank, die letztlich das inhaltliche Rückgrat der Klenico-Software darstellt. Das Hauptelement dieser Datenbank ist eine Matrix mit über 600 Zeilen und mehr als zwei Dutzend Spalten, die sich folglich nicht in Buchform bzw. als Bestandteil eines Fließtextes darstellen lässt. Ich entschied mich daher, bei der Dokumentation im Rahmen der vorliegenden Dissertationsschrift auf den Entwicklungsprozess des Item-Inventars zu fokussieren und die endgültige Implementierungsform gewzungenermaßen der Vorstellungskraft des Lesers zu überlassen.

Die Entwicklung des Item-Inventars umfasste insgesamt sieben Teilschritte, die im Einleitungs- und v.a. im Methodenteil ausführlich erläutert wurden (vgl. 1.5.2 und 2.2.4). Diese Teilschritte finden sich nun auch in der Darstellung der Ergebnisse wieder, stimmen aber aus Gründen der inhaltlichen Verdichtung nicht eins zu eins mit der Gliederung der Unterkapitel überein. Zur besseren Orientierung sei die Aufteilung an dieser Stelle etwas genauer expliziert: Das erste Unterkapitel (3.2.1) behandelt die Auswahl der Experten, die sozusagen die Voraussetzung für die inhaltliche Entwicklung darstellte. Im zweiten Unterkapitel (3.2.2) wird die Auswahl der Störungskategorien aus der ICD-10 und dem DSM-5 festgehalten, was mit dem ersten Entwicklungsschritt zusammenfällt. Das dritte Unterkapitel (3.2.3) dokumentiert die Neugruppierung der ausgewählten Störungskategorien zu praxisorientierten und der Software-Struktur angemessenen Bereiche, also den zweiten Entwicklungsschritt. Im vierten Unterkapitel (3.2.4) werden zu jedem Störungsbereich die diagnostischen Kriterien aus dem DSM-5 und der ICD-10 in Tabellenform abgeglichen und in einzelne Symptome zergliedert, was den dritten Entwicklungsschritt ausmacht. Die restlichen vier Entwicklungsschritte, namentlich die Aufteilung in Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptome, deren jeweilige Operationalisierungen in Item-Form sowie die Bestimmung von Screening-Items, sind in den Tabellen und im Text des fünften Unterkapitels (3.2.5) dokumentiert.

3.2.1. Auswahl der Experten, Interviews und Reviews

Insgesamt konnten wir 18 wissenschaftliche Experten für ein ausführliches Interview über spezifische Störungsbereiche oder über allgemeinere Fragestellungen zur psychiatrischen Diagnostik gewinnen. Alle befragten Experten verfügten über einen Professorentitel und waren zum Zeitpunkt des Interviews – mit der Ausnahme von Prof. em. Dr. med. Karl Mann – an einer Universitätsklinik oder an einer Universität angestellt. Vier Experten waren Psychologen, zwei verfügten über einen universitären Abschluss in Psychologie und Medizin, die restlichen zwölf waren Mediziner. Einige zentrale Störungsbereiche konnten mit mehr als einem Experten besprochen werden, darunter Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Für den Störungsbereich der Manie konnten wir im verfügbaren Zeitrahmen keinen Experten für eine Kooperation gewinnen. Ein zentraler Aspekt der Intensivmerkmale, die Suizidalität, war ein gewichtiges Gesprächsthema im Interview mit Prof. Hegerl, die anderen Aspekte dieses Bereichs konnten ebenfalls mit keinem Experten besprochen werden. Der oben beschriebene Review-Prozess (vgl. 2.2.3) fand bei 10 der 13 Störungsbereiche vollständig statt, nicht aber bei den (Unter-)Bereichen ADHS, Manie und Intensivmerkmale. In der Tabelle 3.8 sind alle befragten Experten, die mit ihnen besprochenen Themen sowie die zugehörigen Review-Prozesse aufgeführt.

Tabelle 3.8: Ausgewählte Experten, mit denen für die Konzeption der Klenico-Items bzw. des Klenico-Systems als Ganzes ausführliche Interviews geführt, und die teilweise in einen Review-Prozess eingebunden wurden.

<i>Name, Titel, Beruf</i>	<i>Anstellung zur Zeit des Interviews</i>	<i>Themen im Interview</i>	<i>Item-Review</i>
Borwin Bandelow Prof. Dr. med. Psychiater	Universitätsmedizin Göttingen	Angststörungen (alle Unterbereiche); Depressionen	Angststörungen (alle Unterbereiche)
Mathias Berger Prof. Dr. med. Psychiater	Universitätsklinikum Freiburg	Diagnostik in der klinischen Versorgung	---
Johann Förstl Prof. Dr. med. Psychiater	TU München	Demenzen	---
Wolfgang Fleischhacker Prof. Dr. med. Psychiater	Medizinische Universität Innsbruck	Psychosen; Schizophrenie	---
Martin Härter Prof. Dr. med. Dr. phil. Psychiater / Psychologe	Universität Hamburg	Qualitätsentwicklung / Patientenbeteiligung / Komorbidität	---

Martin Hautzinger Prof. Dr. phil. Psychologe	Universität Tübingen	Depressionen; Bipolare Störungen	Depressionen
Ulrich Hegerl Prof. Dr. med. Psychiater	Universitätsklinikum Leipzig	Depressionen; Einsatzgebiete der Soft- ware	---
Peter Henningsen Prof. Dr. med. Psychiater	TU München	Somatoforme Störungen	Somatoforme Störungen
Sabine C. Herpertz Prof. Dr. med. Psychiaterin	Klinik für Allgemeine Psychiatrie Heidelberg	Persönlichkeitsstörungen	Persönlichkeitsstörungen
Alex Hofer Assoz.-Prof. Dr. med. Psychiater	Medizinische Universität Innsbruck	Psychosen	Psychosen
Andreas Maercker Prof. Dr. med. Dr. phil. Psychiater / Psychologe	Universität Zürich	Belastungsstörungen	Belastungsstörungen
Karl Mann Prof. Dr. med. Psychiater	(Emeritus)	Abhängigkeiten (alle Unterbereiche)	Abhängigkeiten (alle Unterbereiche)
Rolf-Dieter Stieglitz Prof. Dr. phil. Psychologe	Universität Basel	allgemeine Aspekte der Item-Formulierung am Bsp. der Depressionen	Depressionen
Ludger Tebartz van Elst Prof. Dr. med. Psychiater	Universitätsklinik Freiburg	Autismus, ADHS	Autismus
Ulrich Voderholzer Prof. Dr. med. Psychiater	Schön Klinik Roseneck, Prien a. Chiemsee, LMU München	Zwänge; Essstörungen; Schlafstörungen	Zwänge; Essstörungen;
Wolfgang Maier Prof. Dr. med. Psychiater	Universitätsklinikum Bonn	Schizophrenie; allg. Symptomerfassung	---
Hans-Ulrich Wittchen Prof. Dr. habil. Psychologe	TU Dresden	Entwicklung von diag- nostischen Systemen; Angststörungen; Depres- sionen	---
Johannes Zimmermann Prof. Dr. phil. Psychologe	Psychologische Hochschule Berlin	neue diagnostische An- sätze zu Persönlichkeits- störungen	---
N.N.	---		ADHS
N.N.	---		Manie
N.N.	---		Intensivmerkmale

3.2.2. Auswahl der Störungseinheiten

Der erste Schritt zur Erstellung des Item-Inventars bestand darin, auf der Basis der aktuellen diagnostischen Verzeichnisse eine Auswahl an relevanten Störungskategorien für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungspraxis zusammenzustellen. Als Ausgangslage diente dabei die ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016), weil sie zum Zeitpunkt des Projekts für die Diagnostik im deutschsprachigen Raum maßgebend war. Abgeglichen und ergänzt wurden die ICD-10-Kategorien mit denjenigen des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015), worin der aktuelle Wissensstand zu den einzelnen Störungsbildern deutlich besser repräsentiert ist. In den folgenden Abschnitten sind die Entscheidungen über Aufnahme oder Ausschluss der Kategorien für den zu erstellenden Symptomkatalog zusammengefasst und in Tabellenform dargestellt. Die Ausschlüsse sind in den Tabellen stichwortartig begründet, wobei sich die Begründungen auf die im Kapitel 2.2.4 erläuterten Kriterien beziehen. Die Auflistung der Störungskategorien in den Tabellen erfolgte nach einem hierarchischen Entscheidungsprinzip: Wenn auf einer übergeordneten Kategorienebene eine Entscheidung getroffen wurde, galt sie für alle unteren Ebenen bzw. Unterkategorien, sofern für diese keine weiteren Entscheidungen differenziert wurden. Die Entscheidungsdifferenzierung ging dabei maximal bis zur vierten Stelle der ICD-10-Codes (Fxy.z), weil ab der fünften Stelle in der Regel keine eigenständige Symptomatik mehr erwähnt wird. Als Quelle für die Prävalenzangaben diente das DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015).

3.2.2.1. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

Für die Kategorie „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (ICD-10: F0) entschieden wir, nur die allgemeinen Kriterien für Demenz in den Symptomkatalog aufzunehmen. Der Grund lag im Wesentlichen darin, dass die Differenzialdiagnostik der unterschiedlichen Arten demenzieller Erkrankungen in der Versorgungspraxis kaum anhand einer deskriptiven Symptomatik gelingt, sondern aufwändige apparative Untersuchungen benötigen würde (Förstl, persönliche Kommunikation, 12. Januar 2017). Die Beschränkung auf allgemeine Kriterien entspricht im Übrigen auch dem Aufbau des Kapitels „Neurokognitive Störungen“ im DSM-5, worin die Feststellung einer solchen Störung generisch und auf de-

skriptiver Basis erfolgt, während die spezifische Ätiologie dazu in einem weiteren Schritt spezifiziert werden kann. Eine weitere Herausforderung stellte der Umstand dar, dass kognitive Einschränkungen per se nicht demenzspezifisch sind, sondern auch im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen wie z.B. Depressionen auftreten (z.B. Rock, Roiser, Riedel & Blackwell, 2014). Vor diesem Hintergrund entschieden wir, die Demenzsymptomatik in der Klenico-Software nur dann zu erheben, wenn das Alter des Patienten über 55 Jahre liegt. Diese Alterslimite sollte einerseits das Erkennen einer sehr früh einsetzenden demenziellen Entwicklung ermöglichen, andererseits aber den Bearbeitungsaufwand für die Selbstauskunft möglichst geringhalten. Desweiteren schlossen wir die Unterkategorie des Delirs (ICD-10: F05) aus, weil eine umfassende Symptomerhebung in diesem Zustand erstens nicht möglich und zweitens für die akute Behandlung nicht notwendig ist. Die restlichen Unterkategorien weisen keine eigenständige, deskriptiv erfassbare Symptomatik auf, weswegen sie ausgeschlossen wurden. Tabelle 3.9 stellt die Entscheidungen über Aufnahme oder Ausschluss der Unterkategorien mit einer stichwortartigen Begründung im Einzelnen dar.

Tabelle 3.9: Auswahl der einzelnen Störungskategorien aus dem Kapitel F0 der ICD-10 und der entsprechenden DSM-5-Kategorien für das Klenico-Item-Inventar.

<i>ICD-10-Kategorie</i>	<i>(entsprechende) DSM-5-Kategorie</i>	<i>Entscheid über Aufnahme (Ja) oder Ausschluss (Nein) mit Begründung</i>
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Neurokognitive Störungen (NCD)	Ja
Demenz (allg. Kriterien)	Leichte oder schwere NCD (in bestimmten neurokognitiven Domänen)	Ja
F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit	Leichte oder schwere NCD aufgrund einer Alzheimer-Erkrankung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik – Differenzialdiagnostik erfordert aufwändige apparative Untersuchungen
F01 vaskuläre Demenz	Leichte oder schwere NCD aufgrund einer vaskulären Erkrankung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik – Differenzialdiagnostik erfordert aufwändige apparative Untersuchungen
F02 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten	Leichte oder schwere NCD aufgrund – einer frontotemporalen Lobärdegeneration – einer Lewy-Körper-Demenz	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik – Differenzialdiagnostik erfordert aufwändige apparative Untersuchungen

	<ul style="list-style-type: none"> – eines Schädel-Hirn-Traumas – einer HIV-Infektion – einer Prionen-Erkrankung – einer Parkinson-Erkrankung – einer Huntington-Erkrankung – eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors – multipler Ätiologien 	
F03 nnb Demenz	Leichte oder schwere NCD aufgrund nnb	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F04 organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	---	Nein – Differenzialdiagnostik erfordert aufwändige apparative Untersuchungen
F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	Delir	Nein – umfassende Symptomerhebung ist in diesem Zustand nicht möglich
F06 andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	nnb NCD	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik – Differenzialdiagnostik erfordert aufwändige apparative Untersuchungen
F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik – Differenzialdiagnostik erfordert aufwändige apparative Untersuchungen
F09 nnb organische oder symptomatische psychische Störung	nnb NCD	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

Abkürzungen: nnb = nicht näher bezeichnet

Erläuterung: Es wurden nur Ausschlüsse begründet. Wenn auf einer übergeordneten Kategorienebene eine Entscheidung getroffen wurde, galt sie für alle unteren Ebenen bzw. Unterkategorien, sofern für diese keine weiteren Entscheidungen differenziert wurden.

3.2.2.2. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Die Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10: F1) weist eine strukturelle Besonderheit auf: Sie gliedert sich in zehn Substanzklassen, für

die jeweils bis zu acht verschiedene Störungen aufgeführt sind. Die ersten vier dieser Störungen betreffen die akute Intoxikation, den schädlichen Gebrauch, das Abhängigkeitssyndrom sowie das Entzugssyndrom. Auch das entsprechende Kapitel im DSM-5 ist in zehn Substanzklassen unterteilt, die sich mit denjenigen der ICD-10 weitgehend decken. Bei den auf die jeweilige Substanz bezogenen Störungen werden hier aber nur drei unterschieden: die akute Intoxikation, die Konsumstörung und der Entzug. Für den Symptomkatalog erschienen alle Substanzklassen bis auf „flüchtige Lösungsmittel“ bzw. „Inhalanzien“ relevant und wurden entsprechend aufgenommen.

Bei den substanzbezogenen Störungen entschieden wir, die akute Intoxikation nicht aufzunehmen, weil eine umfassende Symptomerhebung in einem solchen Zustand zu wenig verlässlich bzw. gar nicht durchzuführen wäre. Ebenso schlossen wir die Entzugsstörung aus, weil sie in der Regel einen auf wenige Tage begrenzten, transienten Zustand ausmacht, in dessen Verlauf die Durchführung einer umfassenden Symptomerhebung weder indiziert noch notwendig ist. Auch die restlichen in der ICD-10 aufgeführten Störungen (Entzugssyndrom mit Delir, psychotische Störung, amnestisches Syndrom, Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung) schlossen wir aus, weil die Symptomatik nicht eigenständig ist, in anderen Bereichen des Klenico-Systems abgedeckt wird, oder eine Symptomerhebung im entsprechenden Zustand nicht möglich oder indiziert ist. Eingeschlossen wurden also für insgesamt neun Substanzklassen die Kategorien des schädlichen Gebrauchs, wofür es im DSM-5 keine Entsprechung gibt, sowie des Abhängigkeitssyndroms bzw. der Konsumstörung. Tabelle 3.10 stellt die Entscheidungen über Aufnahme oder Ausschluss der Kategorien mit einer stichwortartigen Begründung im Einzelnen dar.

Tabelle 3.10: Auswahl der einzelnen Störungskategorien aus dem Kapitel F1 der ICD-10 und der entsprechenden DSM-5-Kategorien für das Klenico-Item-Inventar.

<i>ICD-10-Kategorie</i>	<i>(entsprechende) DSM-5-Kategorie</i>	<i>Entscheid über Aufnahme (Ja) oder Ausschluss (Nein) mit Begründung</i>
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen	Ja
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	Störungen im Zusammenhang mit Alkohol	Ja
F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	Störungen im Zusammenhang mit Opioiden	Ja
F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	Störungen im Zusammenhang mit Cannabis	Ja

F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	Störungen im Zusammenhang mit Sedative, Hypnotika oder Anxiolytika	Ja
F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	Störungen im Zusammenhang mit Stimulanzien	Ja
F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein	Störungen im Zusammenhang mit Stimulanzien Störungen im Zusammenhang mit Koffein	Ja – v.a. Amphetamine
F16 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	Störungen im Zusammenhang mit Halluzinogenen	Ja
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	Störungen im Zusammenhang mit Tabak	Ja
F18 Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	Störungen im Zusammenhang mit Inhalanzien	Nein – im Erwachsenenalter geringe Prävalenz
F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	---	Ja
	Störungen im Zusammenhang mit anderen (oder unbekannten) Substanzen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
	Störungen ohne Substanzbezug	Nein – eher geringe Prävalenz – meist geringe klinische Relevanz
F1x.0 akute Intoxikation (akuter Rausch)	...intoxikation ¹²	Nein – umfassende Symptomerhebung ist in diesem Zustand nicht möglich oder nicht sinnvoll
F1x.1 schädlicher Gebrauch	---	Ja
F1x.2 Abhängigkeitssyndrom	...konsumstörung	Ja
F1x.3 Entzugssyndrom	...entzug	Nein – umfassende Symptomerhebung ist in diesem Zustand nicht möglich oder nicht sinnvoll
F1x.4 Entzugssyndrom mit Delir	...entzug mit Wahrnehmungsstörungen	Nein – umfassende Symptomerhebung ist in diesem Zustand nicht möglich oder nicht sinnvoll

¹² In der deutschen Nomenklatur des DSM-5 werden die jeweiligen Substanzklassen mit der Störungsklasse (Intoxikation, Entzug, Konsum) zu einem einzelnen Substantiv vereint.

F1x.5 psychotische Störung	...entzug mit Wahrnehmungsstörungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik (im Bereich Psychosen enthalten)
F1x.6 amnestisches Syndrom	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik (im Bereich Demenzen enthalten)
F1x.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F1x.8 sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Andere ...induzierte Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F1x.9 nnb psychische und Verhaltensstörungen		Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

Abkürzungen: nnb = nicht näher bezeichnet

Erläuterung: Es wurden nur Ausschlüsse begründet. Wenn auf einer übergeordneten Kategorienebene eine Entscheidung getroffen wurde, galt sie für alle unteren Ebenen bzw. Unterkategorien, sofern für diese keine weiteren Entscheidungen differenziert wurden.

3.2.2.3. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

In der Kategorie „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (ICD-10: F2) findet sich v.a. in der Unterkategorie „Schizophrenie“ (ICD-10: F20) eine eigenständige Symptomatik, während sich die anderen Unterkategorien hauptsächlich durch verschiedene Verläufe voneinander unterscheiden. Im Wesentlichen ist die charakteristische Symptomatik in den allgemeinen diagnostischen Kriterien aufgeführt, die wir entsprechend in den Symptomkatalog aufnahmen. Auch im DSM-5 findet sich zu Beginn des Kapitels „Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen“ eine Beschreibung typischer psychotischer Merkmale. In Bezug auf die weitere Unterteilung der Schizophrenie unterscheiden sich die beiden diagnostischen Verzeichnisse jedoch deutlich: Während in der ICD-10 sechs spezifische Subtypen der Schizophrenie aufgeführt sind, entfällt eine solche Differenzierung im DSM-5. Für den Symptomkatalog entschieden wir, die Subtypen der Schizophrenie grundsätzlich auszuschließen, zumal ihre Unterscheidung auf relativ weichen Kriterien beruht und in Fachkreisen eher in Frage gestellt wird (Fleischhacker, persönliche Kommunikation, 13. Dezember 2016). Hier- von gab es aber drei Ausnahmen: Erstens nahmen wir zusätzlich die paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) auf, um mögliche Wahnthemen genauer spezifizieren zu können. Zweitens

inkludierten wir die katatone Schizophrenie (ICD-10: F20.2), weil sie eine besonders markante Symptomatik aufweist, für die es im DSM-5 eine Zusatz-Codierung gibt. Drittens nahmen wir das schizophrene Residuum (ICD-10: F20.5) auf, weil darin die sogenannte „Negativsymptomatik“ genauer expliziert ist. Die übrigen im F2-Kapitel enthaltenen Störungskategorien wurden ausgeschlossen, so auch die in Fachkreisen umstrittene Kategorie der schizoaffektiven Störungen (ICD-10: F25), deren Symptomatik im Klenico-System einerseits über den Bereich Psychosen, andererseits über die Bereiche Depressionen und Manie abgedeckt ist. Die Tabelle 3.11 stellt die Entscheidungen über Aufnahme oder Ausschluss der Kategorien mit einer stichwortartigen Begründung im Einzelnen dar.

Tabelle 3.11: Auswahl der einzelnen Störungskategorien aus dem Kapitel F2 der ICD-10 und der entsprechenden DSM-5-Kategorien für das Klenico-Item-Inventar.

<i>ICD-10-Kategorie</i>	<i>(entsprechende) DSM-5-Kategorie</i>	<i>Entscheid über Aufnahme (Ja) oder Ausschluss (Nein) mit Begründung</i>
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen	Ja
F20 Schizophrenie (allg. Kriterien)	Schizophrenie	Ja
F20.0 paranoide Schizophrenie	---	Ja (v.a. Wahnthematik)
F20.1 hebephrene Schizophrenie	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik (bzw. zu unspezifisch formulierte Kriterien)
F20.2 katatone Schizophrenie	Zusatzcodierung „Katatonie“	Ja
F20.3 undifferenzierte Schizophrenie	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F20.4 postschizophrene Depression	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F20.5 schizophreses Residuum	---	Ja
F20.6 Schizophrenia simplex	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik (bzw. zu unspezifisch formulierte Kriterien)
F20.8 sonstige Schizophrenie	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F20.9 Schizophrenie, nnb	---	Nein

		– keine eigenständige deskriptive Symptomatik
	Schizophreniforme Störung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F21 schizotype Störung	Schizotype Persönlichkeitsstörung	Nein – zur Begründung siehe Persönlichkeitsstörungen
F22 anhaltende wahnhafte Störungen	Wahnhafte Störung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F23 akute vorübergehende psychotische Störungen	Kurze psychotische Störung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik (bzw. zu unspezifisch formulierte Kriterien, bzw. im Bereich Manie enthalten)
F24 induzierte wahnhafte Störung	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F25 schizoaffective Störungen	Schizoaffective Störung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F28 sonstige nichtorganische psychotische Störungen	Andere näher bezeichnete Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F29 nnb nichtorganische Psychose	nnb Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

Abkürzungen: nnb = nicht näher bezeichnet

Erläuterung: Es wurden nur Ausschlüsse begründet. Wenn auf einer übergeordneten Kategorienebene eine Entscheidung getroffen wurde, galt sie für alle unteren Ebenen bzw. Unterkategorien, sofern für diese keine weiteren Entscheidungen differenziert wurden.

3.2.2.4. Affektive Störungen

In der Kategorie „Affektive Störungen“ (ICD-10: F3) sind zwei Themenbereiche enthalten, nämlich die manischen und die depressiven Stimmungsabnormitäten. Das DSM-5 teilt diese unterschiedlichen Zustandsbilder dagegen in zwei getrennte Kapitel auf, nämlich „Depressive Störungen“ einerseits und „Bipolare und verwandte Störungen“ andererseits.

In Bezug auf die manischen Stimmungsabnormitäten findet sich in beiden diagnostischen Verzeichnissen eine kategoriale Schweregradunterteilung, wobei die Bezeichnung „hypomanisch“ für eine leichtere Form der Manie bzw. der manischen Episode steht. Diese Unterscheidung erfolgt in der ICD-10 durch unterschiedliche Formulierungen in der Symptomatik, während das DSM-5 für beide Schweregradausprägungen dieselbe Symptomatik aufführt und die Abgrenzung anhand der Dauer sowie über das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigungen regelt. Desweiteren kann nach der ICD-10 sowohl eine einzelne manische oder hypomane Episode als auch eine bipolare Störung diagnostiziert werden, während das DSM-5 nur die Diagnosen „Bipolar-I-“ (mit manischer Episode) und „Bipolar-II-Störung“ (mit hypomaner Episode) vorsieht, wobei davon ausgegangen wird, dass einer initialen manischen bzw. hypomanen Episode ohnehin eine depressive Episode folgen wird. Vor diesem Hintergrund entschieden wir, drei ICD-10-Diagnosen aufzunehmen, nämlich die Hypomanie (ICD-10: F30.0), die Manie ohne psychotische Symptome (ICD-10: F30.1) und die Manie mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F30.2), wobei letztere hauptsächlich zur Differenzierung der Wahnthemen im Bereich der Psychosen diene. Diese Auswahl entspricht der DSM-5-Diagnose „Bipolar-I-Störung“, worin sowohl die hypomane als auch die manische Symptomatik sowie weitere Wahnthemen enthalten sind.

In Bezug auf die depressiven Stimmungsabnormitäten finden sich in der ICD-10 unter der Überschrift „leichte depressive Episode“ (ICD-10: F32.0) eine Auflistung von Symptomen, auf die auch in den anderen Störungskategorien zur depressiven Episode (ICD-10: F32.1, F32.2, F32.3) sowie in den Störungskategorien zur rezidivierend depressiven Störung (ICD-10: F33.0, F33.1, F33.2, F33.3) referiert wird. Desweiteren gilt es jeweils, allgemeine diagnostischen Kriterien zur depressiven Episode (ICD-10: F32) bzw. zur rezidivierend depressiven Störung (ICD-10: F33) zu berücksichtigen, die neben Ausschlusskriterien v.a. den Verlauf betreffen. Eine Sonderstellung nimmt das sogenannte „Somatische Syndrom“ ein, das an fünfter Stelle codiert werden kann und sich von der Symptomatik her teilweise mit den Kriterien der depressiven Episode bzw. der rezidivierend depressiven Störung überschneidet. In der Kategorie „schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen“ (ICD-10: F32.2) werden außerdem depressionstypische Wahnthemen expliziert. Im Vergleich dazu ist die Kategorisierung im DSM-5 deutlich einfacher gehalten: Die Bezeichnung „Major Depression“ umfasst hier die relevante Symptomatik und kann zum einen nach Verlauf (einzelne Episode vs. rezidivierend), zum anderen nach Schweregrad differenziert werden. Eine weitere Differenzierung betrifft gleichzeitig vorliegende psychotische Merkmale, die als stimmungskongruent

oder -inkongruent codiert werden können. Schließlich gibt es die Zusatzcodierung „mit melancholischen Merkmalen“, die sich inhaltlich weitgehend mit dem Somatischen Syndrom der ICD-10 deckt, sowie die Zusatzcodierung „mit Angst“.

In den Symptomkatalog nahmen wir primär die bei der leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) aufgeführte Symptomatik sowie die unter der schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3) explizierten Wahnthemen auf. Desweiteren inkludierten wir die allgemeinen Kriterien zur depressiven Episode (ICD-10: F32) und das unter derselben Überschrift aufgeführte Somatische Syndrom. Diese Auswahl entspricht der Major Depression des DSM-5 mit den Zusatzcodierungen „mit melancholischen Merkmalen“ sowie „mit psychotischen Merkmalen“. Auch die Zusatzcodierung „mit Angst“ aus dem DSM-5 nahmen wir auf. Schließlich fand sich in der diagnostischen Kategorie „Dysthymia“ (ICD-10: F34.1) bzw. in der DSM-5-Kategorie „Persistierende depressive Störung (Dysthymie)“ eine Symptomatik, deren Beschreibung sich von derjenigen der depressiven Episode (bzw. Major Depression) teilweise unterschied und die wir daher ebenfalls aufnahmen.

Die übrigen Unterkategorien wurden meistens mangels einer eigenständigen Symptomatik ausgeschlossen. Die Tabelle 3.12 stellt die Entscheidungen über Aufnahme oder Ausschluss der Unterkategorien mit einer stichwortartigen Begründung im Einzelnen dar.

Tabelle 3.12: Auswahl der einzelnen Störungskategorien aus dem Kapitel F3 der ICD-10 und der entsprechenden DSM-5-Kategorien für das Klenico-Item-Inventar.

<i>ICD-10-Kategorie</i>	<i>(entsprechende) DSM-5-Kategorie</i>	<i>Entscheid über Aufnahme (Ja) oder Ausschluss (Nein) mit Begründung</i>
F3 Affektive Störungen	Depressive Störungen und Bipolare und verwandte Störungen	Ja
F30 manische Episode	---	Ja
F30.0 Hypomanie	Bipolar-I- oder Bipolar-II-Störung, hypomane Episode	Ja
F30.1 Manie ohne psychotische Symptome	Bipolar-I-Störung, manische Episode	Ja
F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen	Bipolar-I-Störung, manische Episode mit stimmungskongruenten oder -inkongruenten psychotischen Merkmalen	Ja (v.a. Differenzierung der Wahnthematik)
F30.3 manische Episode, ggf remittiert	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

F30.8 sonstige manische Episoden	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F30.9 manische Episode, nnb	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F31 bipolare affektive Störung	Bipolar-I- oder Bipolar-II-Störung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F32 depressive Episode (allg. Kriterien)	(Major Depression)	Ja
Somatisches Syndrom	Zusatzcodierung „mit melancholischen Merkmalen“	Ja
F32.0 leichte depressive Episode	Major Depression	Ja
F32.1 mittelgradige depressive Episode	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Zusatzcodierung „mit stimmungskongruenten oder -inkongruenten psychotischen Merkmalen“	Ja (v.a. Differenzierung der Wahnthematik)
	Zusatzcodierung „mit Angst“	Ja
F32.4 depressive Episode, ggf remittiert	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F32.8 sonstige depressive Episoden	Andere näher bezeichnete depressive Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F32.9 depressive Episode, nnb	nnb depressive Störung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
	Prämenstruelle Dysphorische Störung	Nein – geringe klinische Relevanz
	Substanz-/medikamenteninduzierte depressive Störung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
	Depressive Störung aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

F33 rezidivierende depressive Störung	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik –
F34 anhaltende affektive Störungen	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F34.0 Zylothymia	Zyklothyme Störung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F34.1 Dysthymia	Persistierende depressive Störung (Dysthymie)	Ja
F34.8 sonstige anhaltende affektive Störungen	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F34.9 anhaltende affektive Störungen, nnb	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F38 andere affektive Störungen	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F39 nnb affektive Störungen	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
	Disruptive Affektregulationsstörung	Nein – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich

Abkürzungen: nnb = nicht näher bezeichnet; ggw = gegenwärtig

Erläuterung: Es wurden nur Ausschlüsse begründet. Wenn auf einer übergeordneten Kategorienebene eine Entscheidung getroffen wurde, galt sie für alle unteren Ebenen bzw. Unterkategorien, sofern für diese keine weiteren Entscheidungen differenziert wurden.

3.2.2.5. Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen

Die Kategorie „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (ICD-10: F4) umfasst fünf Themenkreise, die sich inhaltlich gut durch die entsprechenden DSM-5-Kategorien umschreiben lassen: „Angststörungen“, „Zwangsstörungen und verwandte Störungen“, „Trauma- und belastungsbezogene Störungen“, „Dissoziative Störungen“ sowie „Somatische Belastungsstörungen und verwandte Störungen“.

Von den Kategorien der phobischen Störungen bzw. Angststörungen nahmen wir alle in den Symptomkatalog auf, sofern sie nicht eine Restkategorie darstellten („sonstige“ oder

„nicht näher bezeichnete“ Angststörungen). Die Kategorie „Angst und depressive Störung, gemischt“ (ICD-10: F41.2) enthält keine eigenständige Symptomatik, weshalb wir sie ebenfalls ausschlossen. Desweiteren führt das DSM-5 drei weitere Kategorien auf, die in der ICD-10 nicht enthalten sind: Die „Störung mit Trennungsangst“ und der „Selektive Mutismus“ beziehen sich primär auf das Kinder- und Jugendalter, wobei eine Diagnosestellung im Erwachsenenalter ebenfalls möglich ist. Für den Klenico-Symptomkatalog wurden sie aber ausgeschlossen, weil ihre Thematik im Erwachsenenalter entweder über den Bereich der Persönlichkeitsstörungen oder über den Bereich der somatoformen Beschwerden abgedeckt wird. Die „Substanz-/medikamenteninduzierte Angststörung“ wurde ausgeschlossen, weil sie keine eigenständige Symptomatik aufweist.

Auch alle Zwangsstörungen nahmen wir in den Symptomkatalog auf, sofern sie nicht eine Restkategorie darstellten („sonstige“, „nicht näher bezeichnete“, „substanz-/medikamenteninduzierte“ Zwangsstörungen oder Zwangsstörungen „aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors“). Das DSM-5 führt außerdem vier spezifischere zwanghafte Störungen auf, die wir ebenfalls aufnahmen: die „Körperdysmorphie Störung“, das „Pathologische Horten“, die „Trichotillomanie“ und die „Dermatillomanie“.

Von den „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD-10: F43) fanden lediglich die posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und die Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) Eingang in den Symptomkatalog. Alle anderen Unterkategorien weisen keine eigenständige Symptomatik auf oder beziehen sich dabei – wie im Fall der akuten Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0) – auf andere Störungskategorien. Die DSM-5-Kategorien „Reaktive Bindungsstörung“ und „Bindungsstörung mit Enthemmung“ beziehen sich auf das Kinder- und Jugendalter und wurden deshalb ausgeschlossen.

Aus der Kategorie „dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)“ (ICD-10: F44) nahmen wir alle Unterkategorien in den Symptomkatalog auf, nicht aber die Restkategorie „dissoziative Störung (Konversionsstörung), nicht näher bezeichnet“ (ICD-10: F44.9), welche keine eigenständige Symptomatik aufweist.

Aus der Kategorie „somatoforme Störungen“ (ICD-10: F45) nahmen wir ebenfalls alle Unterkategorien in den Symptomkatalog auf, mit Ausnahme der beiden Restkategorien „sonstige somatoforme Störungen“ (ICD-10: F45.8) und „somatoforme Störungen, nicht näher bezeichnet“ (ICD-10: F45.9). Diese beiden Restkategorien enthalten keine eigenständige Symptomatik.

Von den „anderen neurotischen Störungen“ (ICD-10: F48) nahmen lediglich das „Depersonalisations- und Derealisationssyndrom“ (ICD-10: F48.1) auf. Darin wird eine Symptomatik expliziert, die auch bei den Belastungsstörungen eine wichtige Rolle spielt.

Die übrigen Unterkategorien der „Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen“ weisen keine eigenständige Symptomatik auf und wurden daher ausgeschlossen. Die Tabelle 3.13 stellt die Entscheidungen über Aufnahme oder Ausschluss der Unterkategorien mit einer stichwortartigen Begründung im Einzelnen dar.

Tabelle 3.13: Auswahl der einzelnen Störungskategorien aus dem Kapitel F4 der ICD-10 und der entsprechenden DSM-5-Kategorien für das Klenico-Item-Inventar.

<i>ICD-10-Kategorie</i>	<i>(entsprechende) DSM-5-Kategorie</i>	<i>Entscheid über Aufnahme (Ja) oder Ausschluss (Nein) mit Begründung</i>
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen und Zwangsstörungen und verwandte Störungen und trauma- und belastungsbezogene Störungen und Dissoziative Störungen und somatische Belastungsstörungen und verwandte Störungen	Ja
F40 Phobische Störungen	Angststörungen	Ja
F40.0 Agoraphobie	Agoraphobie	Ja
F40.1 soziale Phobien	Soziale Angststörung	Ja
F40.2 spezifische (isolierte) Phobien	Spezifische Phobie	Ja
F40.8 sonstige phobische Störungen	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F40.9 phobische Störung, nnb	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F41 andere Angststörungen	---	Ja
F41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	Panikstörung	Ja
F41.1 generalisierte Angststörung	Generalisierte Angststörung	Ja
F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F41.8 sonstige spezifische Angststörungen	andere näher bezeichnete Angststörung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

F41.9 Angststörung, nnb	nnb Angststörung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
	Störung mit Trennungsangst	Nein – Relevanz durch den Bereich Persönlichkeitsstörungen abgedeckt
	Selektiver Mutismus	Nein – Relevanz durch den Bereich somatoforme Beschwerden abgedeckt
	Substanz-/medikamenteninduzierte Angststörung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F42 Zwangsstörung	Zwangsstörungen und verwandte Störungen	Ja
F42.0 vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	Zwangsstörung	Ja
F42.1 vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)	Zwangsstörung	Ja
F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	Zwangsstörung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F42.8 sonstige Zwangsstörungen	Andere näher bezeichnete Zwangsstörungen und verwandte Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F42.9 Zwangsstörungen, nnb	nnb Zwangsstörung und verwandte Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
	Körperdysmorphie Störung	Ja
	Pathologisches Horten	Ja
	Trichotillomanie	Ja
	Dermatillomanie	Ja
	Substanz-/medikamenteninduzierte Zwangsstörung und verwandte Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
	Zwangsstörungen und verwandte Störungen aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Trauma- und belastungsbezogene Störungen	Ja

F43.0 akute Belastungsreaktion	Akute Belastungsstörung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik – Relevanz über generalisierte Angststörung sowie über post-traumatische Belastungsstörung und Depression abgedeckt
F43.1 posttraumatische Belastungsstörung	Posttraumatische Belastungsstörung	Ja
F43.2 Anpassungsstörung	Anpassungsstörungen	Ja
F43.8 sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen	andere näher bezeichnete trauma- und belastungsbezogene Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F43.9 Reaktion auf schwere Belastung, nnb	nnb trauma- und belastungsbezogene Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
	Reaktive Bindungsstörung	Nein – betrifft Kinder- und Jugendbereich – Relevanz im Erwachsenenalter durch den Bereich Persönlichkeit abgedeckt
	Bindungsstörung mit Enthemmung	Nein – betrifft Kinder- und Jugendbereich – Relevanz im Erwachsenenalter durch den Bereich Persönlichkeit abgedeckt
F44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	Dissoziative Störungen <i>und</i> Konversionsstörungen	Ja
F44.0 dissoziative Amnesie	Dissoziative Amnesie	Ja
F44.1 dissoziative Fugue	---	Ja
F44.2 dissoziativer Stupor	---	Ja
F44.3 Trance und Besessenheitszustände	---	Ja
F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen	Konversionsstörung mit Schwäche/Lähmung Konversionsstörung mit motorischen Symptomen	Ja
F44.5 dissoziative Krampfanfälle	Konversionsstörung mit Krämpfen und Anfällen	Ja
F44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	Konversionsstörung mit Taubheit oder sensorischen Ausfällen Konversionsstörung mit sensorischen Symptomen	Ja

F44.7 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt	Konversionsstörung mit gemischtem Erscheinungsbild	Ja
F44.8 andere dissoziative Störungen	andere näher bezeichnete dissoziative Störungen Dissoziative Identitätsstörung	Ja
F44.9 dissoziative Störung (Konversionsstörung), nnb	nnb dissoziative Störung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F45 Somatoforme Störungen	Somatische Belastungsstörungen und verwandte Störungen	Ja
F45.0 Somatisierungsstörung	Somatische Belastungsstörung	Ja
F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F45.2 hypochondrische Störung	Krankheitsangststörung	Ja
F45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung	---	Ja
F45.4 anhaltende Schmerzstörung	---	Ja
F45.8 sonstige somatoforme Störungen	andere näher bezeichnete somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F45.9 somatoforme Störungen, nnb	nnb somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F48 andere neurotische Störungen	---	Ja
F48.0 Neurasthenie	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F48.1 Depersonalisations- und Derealisationssyndrom	Depersonalisations-/Derealisationsstörung	Ja
F48.8 sonstige neurotische Störungen	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F48.9 neurotische Störung, nnb	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

Abkürzungen: nnb = nicht näher bezeichnet

Erläuterung: Es wurden nur Ausschlüsse begründet. Wenn auf einer übergeordneten Kategorienebene eine Entscheidung getroffen wurde, galt sie für alle unteren Ebenen bzw. Unterkategorien, sofern für diese keine weiteren Entscheidungen differenziert wurden.

3.2.2.6. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

In der Kategorie „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (ICD-10: F5) weisen in erster Linie zwei Unterkategorien der Essstörungen (ICD-10: F50) eine eigenständige deskriptive Symptomatik auf, nämlich die „Anorexia nervosa“ (ICD-10: F50.0) und die „Bulimia nervosa“ (ICD-10: F50.2), die wir beide aufnahmen. Das DSM-5 führt neben diesen beiden Störungskategorien noch vier weitere Essstörungen auf, von denen wir die ersten drei, die „Pica“, die „Ruminationsstörung“ sowie die „Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsmittelaufnahme“ aufgrund unbekannter und vermutlich geringer Prävalenz ausschlossen. Die vierte zusätzliche Essstörung wird „Binge-Eating-Störung“ genannt und unterscheidet sich von der Bulimia nervosa dahingehend, dass lediglich Essanfälle, jedoch keine kompensatorischen Maßnahmen zur Gewichtsregulation vorkommen. Hierzu ist eine eigenständige, auf Essanfälle bezogene Symptomatik aufgelistet, weswegen wir die Störungskategorie aufnahmen.

Die Kategorie der „nichtorganischen Schlafstörungen“ (ICD-10: F51) schlossen wir aus. Eine zumindest rudimentäre, eigenständige Symptomatik liegt hier zwar vor, jedoch erklärte der von uns befragte Experte, Prof. Voderholzer, dass nichtorganische Schlafstörungen ohne psychische Komorbiditäten in den allermeisten Fällen eine Folge mangelnder Schlafhygiene darstellen (Voderholzer, persönliche Kommunikation, 12. Januar 2017). Vor diesem Hintergrund entschieden wir, diese Störungskategorie über den Bereich der Depressionen abzudecken, wo Schlafstörungen eine häufige Teilsymptomatik darstellen.

Auch die Kategorie der „sexuellen Funktionsstörungen“ (ICD-10: F52) schlossen wir aus. Die Gründe für diese Entscheidung lagen zum einen darin, dass die Prävalenz etlicher der entsprechenden Unterkategorien im DSM-5 unbekannt ist. Zum anderen nahmen wir an, dass die Häufigkeit der Facharzt-Konsultationen auch bei prävalenteren Störungen aus dieser Kategorie eher gering ausfällt. Schließlich – und darin lag der Hauptgrund für den Ausschluss – lässt sich die Symptomatik der sexuellen Funktionsstörungen weitgehend über den Bereich der somatoformen Beschwerden erfassen.

Die übrigen Unterkategorien der „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ weisen keine eigenständige Symptomatik auf und wurden daher ausgeschlossen. Die Tabelle 3.14 stellt die Entscheidungen über Aufnahme oder Ausschluss der Unterkategorien mit einer stichwortartigen Begründung im Einzelnen dar.

Tabelle 3.14: Auswahl der einzelnen Störungskategorien aus dem Kapitel F5 der ICD-10 und der entsprechenden DSM-5-Kategorien für das Klenico-Item-Inventar.

ICD-10-Kategorie	(entsprechende) DSM-5-Kategorie	Entscheid über Aufnahme (Ja) oder Ausschluss (Nein) mit Begründung
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	---	Ja
F50 Essstörungen	Fütter- und Essstörungen	Ja
F50.0 Anorexia nervosa	Anorexia Nervosa	Ja
F50.1 atypische Anorexia nervosa	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F50.2 Bulimia nervosa	Bulimia Nervosa	Ja
F50.3 atypische Bulimia nervosa	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F50.8 sonstige Essstörungen	andere näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F50.9 Essstörungen, nnb	nnb Fütter- oder Essstörung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
	Pica	Nein – Prävalenz unbekannt, vermutl. gering
	Ruminationsstörung	Nein – Prävalenz unbekannt, vermutl. gering
	Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsmittelaufnahme	Nein – Prävalenz unbekannt, vermutl. gering
	Binge-Eating-Störung	Ja
F51 nichtorganische Schlafstörungen	Schlaf-Wach-Störungen	Nein – ohne Komorbiditäten geringe klinische Relevanz – übrige Relevanz über den Bereich Depression abgedeckt

F52 sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	Sexuelle Funktionsstörungen	Nein – vermutl. eher geringe klinische Relevanz – übrige Relevanz über die Bereiche Depressionen und somatoforme Beschwerden abgedeckt
F53 psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert	(keine eigenständige Kategorie)	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F54 psychische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten	(keine eigenständige Kategorie)	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F55 schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	(keine eigenständige Kategorie)	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F59 nnb Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren	(keine eigenständige Kategorie)	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

Abkürzungen: nnb = nicht näher bezeichnet

Erläuterung: Es wurden nur Ausschlüsse begründet. Wenn auf einer übergeordneten Kategorienebene eine Entscheidung getroffen wurde, galt sie für alle unteren Ebenen bzw. Unterkategorien, sofern für diese keine weiteren Entscheidungen differenziert wurden.

3.2.2.7. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Die Kategorie „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (ICD-10: F6) stellte uns – gerade was den Bereich der Persönlichkeitsstörungen betrifft – vor eine besonders große Herausforderung: Einerseits weisen sie nicht nur eine vergleichsweise hohe Prävalenz auf, sondern auch eine sehr hohe klinische Relevanz, zumal die Behandlung anderer komorbider Störungen durch sie deutlich erschwert wird (z.B. Melchior et al., 2010; Perry, Bond & Roy, 2007; Pham-Scottez et al., 2012). Andererseits gab und gibt es in der Fachwelt sehr verbreitete Kritik am bislang gültigen Konzept der Persönlichkeitsstörungen, so dass in einer Umfrage 74% der befragten Experten ($n = 96$) der Meinung waren, dass das DSM-Diagnosesystem für Persönlichkeitsstörungen ersetzt werden sollte (Bernstein, Iscan, & Maser, 2007).

Im Vorfeld der DSM-5-Veröffentlichung führte dies zu einer intensiven Forschungs- und Entwicklungstätigkeit der entsprechenden DSM-5-Arbeitsgruppe für Persönlichkeitsstörungen. Mit ihren Bestrebungen adressierte sie eine Reihe von Problemfeldern, die hier wenigstens grob umrissen seien: Beim bisher gültigen Prototypenansatz muss eine – letztlich

willkürlich festgelegte – Anzahl der aufgeführten Kriterien zutreffen. Das führt zu einem gewissen Varianzspektrum innerhalb einer Störungskategorie, bzw. einer Zuordnung unterschiedlicher Erscheinungsbilder zu derselben Typenkategorie. Da die Kriterien der Persönlichkeitsstörungen aber relativ vage formuliert sind und sich inhaltlich auch noch überschneiden, resultiert daraus eine große Unschärfe bei der Abgrenzung einzelner Typen (Parker et al., 2002; Skodol et al., 2013; Livesley, 2011). In der diagnostischen Praxis hat dies eine hohe Schein-Komorbidität zwischen einzelnen Persönlichkeitsstörungen bzw. eine übermäßig häufige Anwendung der Sammelkategorie „Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung“ zur Folge (Morey et al., 2011; Verheul & Widiger, 2004). Nach Einschätzung von Klinikern können etwa 40% der behandelten Fälle mit den zehn prototypischen Störungskategorien nicht adäquat beschrieben werden (Weston & Arkowitz-Weston, 1998). Insgesamt steht damit das prototypenbasierte Persönlichkeitskonzept der psychiatrisch-diagnostischen Verzeichnisse in ungünstiger Diskrepanz zu den dimensional Ansätzen, die in der modernen Persönlichkeitsforschung in der Regel verfolgt werden.

Das Resultat der Arbeitsgruppe fand letztlich als sogenanntes „alternatives DSM-5-Modell für Persönlichkeitsstörungen“ Eingang ins DSM-5 und beinhaltet einen dreistufigen diagnostischen Prozess: Zunächst soll das Funktionsniveau der Persönlichkeit bestimmt werden, wofür die „Level of Personality Functioning Scale“ (LPFS; Bender, Morey & Skodol, 2011; deutsche Version: Zimmermann et al., 2014a) die Grundlage bildet. Die LPFS unterteilt die Persönlichkeitsfunktion in Selbst- und interpersonelle Funktionen, die sich wiederum in die vier Elemente „Identität“ und „Selbststeuerung“ (Selbst) sowie „Empathie“ und „Nähe“ (interpersonell) gliedern. Zu diesen vier Elementen bietet die LPFS Beschreibungen von jeweils fünf Abstufungen in deren Einschränkungen. Anhand dieses Rasters soll nun die Persönlichkeitsfunktion eines individuellen Patienten im diagnostischen Prozess eingeschätzt werden. Als zweiter Schritt können anschließend – sofern die Kapazitäten des Behandlungssettings es zulassen – problematische Persönlichkeitsmerkmale erfasst werden. Die Grundlage hierfür besteht aus einem Modell mit fünf Merkmalsdomänen, die sich wiederum in insgesamt 25 spezifischere Merkmalsfacetten gliedern. Dieses Modell wurde in enger Anlehnung an das Big Five-Modell der Persönlichkeit (Costa Jr. & McCrae, 1992; Costa Jr. & Widiger, 2002) entwickelt und ist mit dem Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012; deutsche Version: Zimmermann et al., 2014b) als Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument operationalisiert. Als dritter Schritt können die Merkmalsausprägungen des zu diagnostizierenden Patienten mit den diagnostischen Kriterien von insgesamt sechs spezifischen Persönlichkeitsstörungen abgeglichen und ihnen ggf. zugeordnet

werden. Diese sechs spezifischen Persönlichkeitsstörungen tragen dieselben Bezeichnungen, wie sie auch in der ICD-10 und im Hauptteil des DSM-V zu finden sind (und im DSM-IV zu finden waren), wobei die Kriterien ausschließlich auf Basis der zwei vorangehenden Stufen formuliert sind und somit nicht mehr mit den bisherigen Kriterien übereinstimmen.¹³ Das neue Modell wurde im Oktober 2012 der übergeordneten DSM-5-Task Force präsentiert, die es zunächst begrüßte und zur Aufnahme ins DSM-5 empfahl. Nachdem aber einige APA-interne Berichte zur Praxistauglichkeit kritisch ausfielen, entschied das Aufsichtsgremium schließlich, das Modell in den dritten Teil des DSM-5 („in Entwicklung befindliche Instrumente und Modelle“) zu verbannen und das alte, prototypenbasierte Diagnosesystem für Persönlichkeitsstörungen beizubehalten (Skodol et al., 2013).

Mit dem alternativen DSM-5-Modell für Persönlichkeitsstörungen lag eine auf solider wissenschaftlicher Basis entworfene Konzeption vor, die für die oben umrissenen Problemfelder vielversprechende Lösungen bot. Als besonders nützlich für die Verwendung im Klenico-Symptomkatalog erschien das abgestufte diagnostische Vorgehen, bei dem das allgemeine Funktionsniveau der Persönlichkeit dimensional eingeschätzt werden kann, ohne dafür die deutlich aufwändigere Erfassung der problematischen Persönlichkeitsmerkmale oder gar die Typen-Zuordnung zu durchlaufen. Darüber hinaus sprach ein weiterer Grund für die Fokussierung auf das alternative DSM-5-Modell: In der ICD-10 wird ausdrücklich davon abgeraten, eine (prototypenbasierte) Persönlichkeitsdiagnose bereits nach einem einzelnen Interview zu vergeben und sogar empfohlen, nicht nur mehrere Sitzungen mit dem Betroffenen zu führen, sondern auch Fremdanamnesen und -berichte einzuholen (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 236). Das Klenico-System wurde jedoch explizit für die Erhebung einer umfassenden Symptomatik entwickelt, die spätestens nach dem Erstinterview ihre Gültigkeit haben soll. Hierfür bot das alternative DSM-5-Modell mit seinem abgestuften Vorgehen einen geeigneteren Zugang, zumal hier auch keine Empfehlung zur diagnostischen Zurückhaltung wie in der ICD-10 zu finden ist. Vor diesem Hintergrund entschieden wir, die Kategorien der „spezifischen Persönlichkeitsstörungen“ (ICD-10: F60) und der „kombinierten und anderen Persön-

¹³ Diese angestrebte Hybridität war letztlich wohl das Verhängnis des alternativen DSM-5-Modells für Persönlichkeitsstörungen, denn sie traf auch innerhalb der Arbeitsgruppe auf starke Ablehnung. So kritisierte beispielsweise Roel Verheul (2012), dass die Auswahl der sechs übriggebliebenen Typen auf keiner hinreichenden empirischen Basis beruhe. Aus Protest verließen er und John Livesley die DSM-5-Arbeitsgruppe für Persönlichkeitsstörungen.

lichkeitsstörungen“ (ICD-10: F61) auszuschließen und lediglich das Funktionsniveau der Persönlichkeit (Kriterium A) des alternativen DSM-5-Modells für Persönlichkeitsstörungen aufzunehmen.

Die übrigen Unterkategorien der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ wurden aufgrund geringer Prävalenz, geringer klinischer Relevanz oder mangels eigenständiger Symptomatik ausgeschlossen. Die Tabelle 3.15 stellt die Entscheidungen über Aufnahme oder Ausschluss der Unterkategorien mit einer stichwortartigen Begründung im Einzelnen dar.

Tabelle 3.15: Auswahl der einzelnen Störungskategorien aus dem Kapitel F6 der ICD-10 und der entsprechenden DSM-5-Kategorien für das Klenico-Item-Inventar.

<i>ICD-10-Kategorie</i>	<i>(entsprechende) DSM-5-Kategorie</i>	<i>Entscheid über Aufnahme (Ja) oder Ausschluss (Nein) mit Begründung</i>
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Persönlichkeitsstörungen <i>und</i> paraphile Störungen <i>und</i> Geschlechtsdysphorie <i>und</i> disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen	Ja
F60 spezifische Persönlichkeitsstörungen	Persönlichkeitsstörungen	Nein – Als allgemeine Richtlinie für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen empfiehlt die ICD-10, mehr als ein Interview mit dem Betroffenen zu führen sowie Fremdanamnesen und -berichte vorliegend zu haben (S. 236).
	Das alternative DSM-5-Modell für Persönlichkeitsstörungen (im Anhang)	Ja
F61 kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	Persönlichkeitsstörungen	Nein – Als allgemeine Richtlinie für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen empfiehlt die ICD-10, mehr als ein Interview mit dem Betroffenen zu führen sowie Fremdanamnesen und -berichte vorliegend zu haben.
F62 andauernde Persönlichkeitsänderung, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	---	Nein – vermutl. geringe Prävalenz – übrige Relevanz über den Bereich Persönlichkeit abgedeckt
F63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen	Nein – geringe Prävalenz – meist geringe klinische Relevanz

F63.0 pathologisches Spielen	Störung durch Glücksspielen	Nein – eher geringe Prävalenz – meist geringe klinische Relevanz
F64 Störungen der Geschlechtsidentität	Geschlechtsdysphorie	Nein – geringe Prävalenz – meist geringe klinische Relevanz
F65 Störungen der Sexualpräferenz	paraphile Störungen	Nein – geringe Prävalenz – meist geringe klinische Relevanz
F66 psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F68 andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (bei Erwachsenen)	Andere Persönlichkeitsstörungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F69 nnb Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (bei Erwachsenen)	nnb Persönlichkeitsstörung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

Abkürzungen: nnb = nicht näher bezeichnet

Erläuterung: Es wurden nur Ausschlüsse begründet. Wenn auf einer übergeordneten Kategorienebene eine Entscheidung getroffen wurde, galt sie für alle unteren Ebenen bzw. Unterkategorien, sofern für diese keine weiteren Entscheidungen differenziert wurden.

3.2.2.8. Intelligenzminderung

Das gesamte Kapitel „Intelligenzminderung“ (ICD-10: F7) schlossen wir bei der Erstellung des Symptomkatalogs aus. Die Gründe lagen zum einen darin, dass in diesem Kapitel keine eigenständige deskriptive Symptomatik aufgeführt, sondern ausschließlich auf bestimmte Werte von Intelligenzquotienten Bezug genommen wird. Zum anderen erfordert die Bestimmung solcher Intelligenzquotienten aber den Einsatz spezifischer psychologischer Tests, deren Integration ins Klenico-System weder aus wirtschaftlicher noch aus fachbezogener Sicht sinnvoll erschien. Der Vollständigkeit halber sei diese Entscheidung ebenfalls in tabellarischer Form (Tabelle 3.16) dargestellt.

Tabelle 3.16: Auswahl aus dem Kapitel F7 der ICD-10 und der entsprechenden DSM-5-Kategorie für das Klenico-Item-Inventar.

<i>ICD-10-Kategorie</i>	<i>(entsprechende) DSM-5-Kategorie</i>	<i>Entscheid über Aufnahme (Ja) oder Ausschluss (Nein) mit Begründung</i>
-------------------------	--	---

F7 Intelligenzminderung	Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung, Intellektuelle Beeinträchtigungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik – Diagnostik erfordert spezifische psychologische Testungen
--------------------------------	--	--

Erläuterung: Es wurden nur Ausschlüsse begründet. Wenn auf einer übergeordneten Kategorienebene eine Entscheidung getroffen wurde, galt sie für alle unteren Ebenen bzw. Unterkategorien, sofern für diese keine weiteren Entscheidungen differenziert wurden.

3.2.2.9. Entwicklungsstörungen

Aus der Kategorie „Entwicklungsstörungen“ (ICD-10: F8) nahmen wir lediglich eine einzige Unterkategorie in den Symptomkatalog auf, nämlich der „frühkindliche Autismus“ (ICD-10: F84.0). Im DSM-5 findet diese Störungskategorie eine Entsprechung in der sogenannten „Autismus-Spektrum-Störung“, die eine dimensionale Erfassung ermöglicht. Das sogenannte „Asperger-Syndrom“ (ICD-10: F84.5) wird in der Fachwelt in der Regel als Variante des frühkindlichen Autismus verstanden (Roy, Dillo, Emrich & Ohlmeier, 2009) und nimmt diagnostisch auch auf dessen Kriterien Bezug. Da es in diesem Sinne keine eigenständige Diagnostik aufweist, wurde es ausgeschlossen. Auch die übrigen Unterkategorien der „Entwicklungsstörungen“ wurden ausgeschlossen und zwar, weil sie entweder keine eigenständige Symptomatik aufwiesen, ihre Diagnostik eine spezifische psychologische Testung erfordert, oder sie primär den Kinder- und Jugendbereich betreffen. Die Tabelle 3.17 stellt die Entscheidungen über Aufnahme oder Ausschluss der Unterkategorien mit einer stichwortartigen Begründung im Einzelnen dar.

Tabelle 3.17: Auswahl der einzelnen Störungskategorien aus dem Kapitel F8 der ICD-10 und der entsprechenden DSM-5-Kategorien für das Klenico-Item-Inventar.

<i>ICD-10-Kategorie</i>	<i>(entsprechende) DSM-5-Kategorie</i>	<i>Entscheid über Aufnahme (Ja) oder Ausschluss (Nein) mit Begründung</i>
F8 Entwicklungsstörungen	Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung	Ja
F80 umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	Kommunikationsstörungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik – Diagnostik erfordert spezifische psychologische Testungen – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich

F81 umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	Spezifische Lernstörungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik – Diagnostik erfordert spezifische psychologische Testungen – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich
F82 umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen	Motorische Störungen	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik – Diagnostik erfordert spezifische psychomotorische Testungen – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich
F83 kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik – Diagnostik erfordert spezifische psychologische Testungen – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich
F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen	---	Ja
F84.0 frühkindlicher Autismus	Autismus-Spektrum-Störung	Ja
F84.1 atypischer Autismus	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F84.2 Rett-Syndrom	---	Nein – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich
F84.3 andere desintegrative Störung des Kindesalters	---	Nein – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich
F84.4 überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien	---	Nein – Diagnostik erfordert spezifische psychologische Testungen – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich
F84.5 Asperger-Syndrom	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F84.8 sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F84.9 tiefgreifende Entwicklungsstörungen, nnb	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

F88 sonstige Entwicklungsstörungen	andere näher bezeichnete Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F89 nnb Entwicklungsstörung	nnb Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

Abkürzungen: nnb = nicht näher bezeichnet

Erläuterung: Es wurden nur Ausschlüsse begründet. Wenn auf einer übergeordneten Kategorienebene eine Entscheidung getroffen wurde, galt sie für alle unteren Ebenen bzw. Unterkategorien, sofern für diese keine weiteren Entscheidungen differenziert wurden.

3.2.2.10. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Aus der Kategorie „Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (ICD-10: F9) nahmen wir einzig die Unterkategorie „hyperkinetische Störungen“ (ICD-10: F90) in den Symptomkatalog auf. Im DSM-5 entspricht dies der „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“. Die übrigen Unterkategorien schlossen wir aus. Die Gründe lagen zumeist darin, dass sie entweder keine eigenständige Symptomatik aufwiesen oder primär den Kinder- und Jugendbereich betreffen. Die Relevanz einiger anderer Unterkategorien, die möglicherweise im Erwachsenenalter persistieren konnte über den Bereich der Persönlichkeitsstörungen abgedeckt werden. Die Tabelle 3.18 stellt die Entscheidungen über Aufnahme oder Ausschluss der Unterkategorien mit einer stichwortartigen Begründung im Einzelnen dar.

Tabelle 3.18: Auswahl der einzelnen Störungskategorien aus dem Kapitel F9 der ICD-10 und der entsprechenden DSM-5-Kategorien für das Klenico-Item-Inventar.

<i>ICD-10-Kategorie</i>	<i>(entsprechende) DSM-5-Kategorie</i>	<i>Entscheid über Aufnahme (Ja) oder Ausschluss (Nein) mit Begründung</i>
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung <i>und</i> disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen	Ja
F90 hyperkinetische Störungen	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	Ja
F91 Störungen des Sozialverhaltens	---	Nein – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich – übrige Relevanz über den Bereich Persönlichkeit abgedeckt

F92 kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik
F93 emotionale Störungen des Kindesalters	---	Nein – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich – übrige Relevanz über den Bereich Persönlichkeit abgedeckt
F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen	Nein – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich – übrige Relevanz über den Bereich Persönlichkeit abgedeckt
F95 Ticstörungen	Tic-Störungen	Nein – betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich – geringe klinische Relevanz
F98 andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	---	Nein – keine eigenständige deskriptive Symptomatik

Abkürzungen: nnb = nicht näher bezeichnet

Erläuterung: Es wurden nur Ausschlüsse begründet. Wenn auf einer übergeordneten Kategorienebene eine Entscheidung getroffen wurde, galt sie für alle unteren Ebenen bzw. Unterkategorien, sofern für diese keine weiteren Entscheidungen differenziert wurden.

3.2.3. Gruppierung der Störungsbereiche

Der zweite Schritt zur Erstellung des Item-Inventars bestand in der Neugruppierung der ausgewählten ICD-10- bzw. DSM-5-Störungskategorien. Sie erfolgte nach Gesichtspunkten der inhaltlichen Kohärenz und bezweckte in erster Linie eine einfache und übersichtliche Handhabung der Klenico-Software. Dabei standen zwei Hierarchiestufen (Bereiche und Unterbereiche) zur Verfügung. Die neue Einteilung ergab 13 Bereiche, drei davon wiesen Unterbereiche auf, so dass insgesamt 21 Merkmalsgruppen entstanden. Die Reihenfolge ihrer Nennung wurde auf die Bedienoberfläche der Software abgestimmt, so dass die häufigsten Merkmalsgruppen in die Mitte des Kachelrasters (vgl. 2.2.2.3) zu liegen kamen.

Der Bereich „Psychosen“¹⁴ umfasst alle als relevant indizierten Unterkategorien des F2-Kapitels der ICD-10 und zusätzlich die „stimmungskongruenten“ psychotischen Merkmale der Bipolaren Störung (ICD-10: F30.2) sowie diejenigen der schweren depressiven Episode

¹⁴ Inhaltlich zutreffender wäre die Bezeichnung „Psychotische Merkmale“. Trotzdem wurde der kürzere Begriff „Psychosen“ gewählt, um die Software-Oberfläche prägnant und einfach zu gestalten.

mit psychotischen Merkmalen (ICD-10: F32.3). Gesondert davon wird die „Manie“ als eigenständiger Bereich aufgeführt, obwohl diese Merkmalsgruppe in der Literatur und in der Praxis häufig den Psychosen zugeordnet wird (vgl. 1.1.5.1). Die Trennung der beiden Bereiche widerspiegelt die in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) zu findende Auffassung, dass es auch manische Zustände ohne psychotische Symptome im engeren Sinne (d.h. ohne Wahn und Halluzinationen) gibt.

Der Bereich „Persönlichkeitsstörung“ bezieht sich ausschließlich auf das alternative DSM-5-Modell (vgl. 3.2.2.7) und hat nicht den Anspruch, die prototypenbasierten ICD-10-Kategorien zu Persönlichkeitsstörungen zu repräsentieren. Wiederum getrennt davon wird der Bereich „ADHS / Autismus“ geführt, der in die Unterbereiche ADHS und Autismus zergliedert ist. Inhaltlich gäbe es zwar durchaus Gründe, diese beiden Unterbereiche den Persönlichkeitsstörungen zuzuordnen, zumal es sich bei der Diagnosestellung im Erwachsenenalter ja auch um überdauernde Eigenschaften handeln, welche die Persönlichkeit der Betroffenen stark prägen. Dass wir ADHS und Autismus dennoch als getrennten Bereich von den Persönlichkeitsstörungen konzipierten, lag erstens am zu erwartenden Umfang der drei Störungsgruppen, der bei der Zusammenfügung zu einem einzelnen Bereich zu einer geringeren Ansteuerungsdifferenzierung bei der Screening-Funktion (vgl. 1.4.5) geführt hätte (d.h. ein Screening-Item hätte nahezu 100 weitere Items zur Beantwortung in der Selbstauskunft ausgelöst, was durch die Zweiteilung auf etwa 30–50 Items reduziert werden konnte). Zweitens entspricht die Aufteilung in zwei getrennte Bereiche eher den in der ICD-10 und im DSM-5 zu findenden Konzeptionen und somit auch der breiten Auffassung der in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Fachpersonen.

Weitere Merkmalsgruppen sind zu den Bereichen „Depression“, „Somatoforme Störungen“¹⁵ und „Zwänge“ zu zusammengefasst. Im Bereich Depression wurden die psychotischen Merkmale ausgegliedert, dafür aber das Somatische Syndrom integriert. Der Bereich Somatoforme Störungen umfasst neben den gleichnamigen Störungskategorien aus der ICD-10 und dem DSM-5 auch die hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2) bzw. die Krankheitsangststörung. Außerdem wurde diesem Bereich auch die DSM-5-Kategorie „Konversionsstörung

¹⁵ Inhaltlich wäre es konsequenter gewesen, auf den Begriff der Störung bei der Bezeichnung der einzelnen Bereiche gänzlich zu verzichten, zumal der Fokus des Klenico-Systems auf der Symptomatik und Syndromatik liegt. Dass der Begriff dennoch verschiedentlich verwendet wurde, lag an dem Ansinnen, dem praxisorientierten Diagnostiker eine rasche Orientierung zu bieten, wofür sich die etablierte Nomenklatur besser eignet als vielleicht präzisere, aber umständliche neue Wortkreationen (z.B. „agoraphobisches Syndrom“ anstatt „Agoraphobie“).

(Störung mit funktionellen neurologischen Symptomen)“ zugewiesen, in der – wie die eingeklammerte Zusatzbezeichnung vermuten lässt – pseudo-neurologische Auffälligkeiten beschrieben sind. Inhaltlich ist der Übergang zu den dissoziativen Störungen, die dem Bereich „Belastungsstörungen“ zugeordnet wurden, fließend.

Der Bereich „Angststörungen“ ist in fünf Unterbereiche aufgeteilt, nämlich „Panikstörung“, „Agoraphobie“, „Soziale Phobie“, „Spezifische Phobien“ und „Generalisierte Angststörung“. Die Unterteilung drängte sich zum einen inhaltlich auf, zumal die entsprechenden ICD-10- bzw. DSM-5-Störungskategorien neben der gemeinsamen Angstsymptomatik jeweils auch eine sehr spezifische Kontextsymptomatik aufweisen. Zum anderen war die Segmentierung auch hier angezeigt, um die Screening-Funktion (vgl. 1.4.5) wirkungsvoller einsetzen zu können: Wären die Angststörungen zu einer einzigen Gruppe zusammengefasst worden, so hätten ein paar wenige Screening-Items jeweils eine sehr umfassende Exploration der gesamten Angstsymptomatik ausgelöst, wohingegen die Unterteilung eine feinere Abstimmung im Zuschalten weiterer Explorationen zulässt.

Der Bereich „Abhängigkeiten“ ist ebenfalls in mehrere Unterbereiche zergliedert, wobei die Unterteilung – wie auch in der ICD-10 und im DSM-5 – anhand der betreffenden Substanz erfolgt. Allerdings konzipierten wir nur vier Unterbereiche, nämlich „Alkohol“, „Drogen“, „Medikamente“ und „Tabak“. Da Alkoholabhängigkeit die mit Abstand am häufigsten therapierte Suchterkrankung darstellt (Fachverband Sucht, 2018), schien es sinnvoll, sie als eigenständigen Unterbereich aufzuführen. Der Unterbereich „Drogen“ umfasst eine Vielzahl von Substanzklassen (Opioide, Cannabinoide, Stimulanzen und Halluzinogene), wobei die Option besteht, diese Substanzklassen genauer zu spezifizieren. Der Grund für die Vielfalt innerhalb eines einzigen Unterbereichs lag darin, dass der umgangssprachliche Überbegriff „Drogen“ die meist illegalen Substanzen prägnant zusammenfasst und dadurch die entsprechende Abhängigkeitssymptomatik im Selbstauskunftsmodul einfach und effizient erfragt werden kann. Dagegen schien es angezeigt, den Missbrauch bzw. die Abhängigkeit von Medikamenten, die an sich (bzw. unter ärztlicher Verschreibung) legale Substanzen darstellen, gesondert zu erfragen. Die Tabakabhängigkeit schließlich stellt einen eigenständigen vierten Unterbereich dar, weil dieses Konsumgut wie auch der Alkohol zwar legal ist, die betreffende Suchterkrankung jedoch deutlich weniger psychosoziale Gesundheitsrisiken birgt.

Drei weitere Merkmalsgruppen sind zu den Bereichen „Essstörungen“, „Belastungsstörungen“ und „Demenzen“ zusammengefasst. Der Bereich Belastungsstörungen umfasst neben

der Posttraumatischen Belastungsstörung und den Anpassungsstörungen auch die dissoziativen Störungen. Letztere stellen im DSM-5 ein eigenständiges Kapitel dar und sind somit klar von der Kategorie der Konversionsstörungen abgegrenzt, während die ICD-10 die beiden Störungsgruppen in einer gemeinsamen Kategorie zusammenfasst, die mit „F44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)“ bezeichnet ist. Zum Bereich Demenzen bleibt zu erwähnen, dass er von der Software nur dann zur Symptomerfassung zugeschaltet wird, wenn das Alter des Patienten über 55 Jahren liegt (vgl. 3.2.2.1).

Der letzte Bereich trägt die Bezeichnung „Intensivmerkmale“. Er umfasst eine Reihe von Symptomen, die im Rahmen unterschiedlicher Störungen auftreten können, und die in der Behandlung eine besondere Aufmerksamkeit benötigen bzw. besonders aufwändig sind. Dazu gehören Suizidalität, Selbstverletzungen, Gewaltbereitschaft oder Nahrungsverweigerung. Inhaltlich deckt dieser Bereich eine Teilsymptomatik verschiedener Störungskategorien dar, deren Gefahrenpotenzial es hilfreich erscheinen ließ, daraus einen gesonderten Bereich zusammenzustellen. Die Bezeichnung „Intensivmerkmale“ ist angelehnt an den Abschnitt „Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ des deutschen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben wird (DIMDI, 2020a).

An dieser Stelle gilt es zu erwähnen, dass im Verlauf des Klenico-Weiterentwicklungsprojekts ein vierzehnter Bereich mit der englischen Bezeichnung „Disabilities“ geplant war. Durch ihn hätte eine zusätzliche Entwicklungslinie entlang der deskriptiven Diagnostik Eingang ins Klenico-System gefunden, die in den letzten Jahrzehnten zunehmend wichtiger wurde: In Ergänzung zu den psychischen Störungskonzepten werden unter dem Schlagwort Disabilities Beschreibungen „des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen“ (DIMDI, 2020b) vorgenommen. Die WHO etablierte bereits 2001 die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF), und mit der „WHO Disability Assessment Schedule“ (WHODAS) auch eine entsprechende Erfassungsskala (WHO, 2020a), die im Übrigen auch im DSM-5 abgedruckt ist. Wie bei den diagnostischen Kriterien wäre aber auch bei der ICF bzw. der WHODAS ein gründlicher und dadurch auch zeitaufwändiger Adaptationsprozess nötig gewesen, um diese Instrumente in die Struktur des Klenico-Systems einzupflegen. Aufgrund der begrenzten Kapazitäten wurde das Vorhaben im Projektverlauf zugunsten der eigentlichen deskriptiven Diagnostik vorerst zurückgestellt. Da aber die grundsätzliche

Idee, Disabilities mitzuerheben seitens der von uns kontaktierten Experten großen Zuspruch erfahren hatte, bleibt der Projektentwurf weiterhin auf der Agenda der Klenico AG zur zukünftigen Realisierung. Im Folgenden wird also gelegentlich auf den Bereich Disabilities verwiesen, obwohl er im Klenico-System bis dato noch nicht zur Verfügung steht. Der Gültigkeit der Symptomerfassung tut dies indes keinen Abbruch.

Eine abschließende Bemerkung gilt der Aufteilung in eine gegenwartsbezogene (akute) und eine vergangenheitsbezogene (anamnestische) Symptomerfassung, wie sie bereits in den Abschnitten 2.2.2.2 und 2.2.2.3 beschrieben wurde: Die Erhebung der akuten Symptomatik umfasst sämtliche der oben genannten Merkmalsbereiche und -unterbereiche, d.h. zumindest die entsprechenden Screening-Items werden in jedem Fall abgefragt (bis auf Demenzen mit der Altersschwelle von 55 Jahren). Um die gesamte Erhebung möglichst kompakt zu halten, trafen wir eine Auswahl, welche Bereiche auch anamnestisch erhoben werden. Die Kriterien hierzu betrafen zum einen die Störungskonzepte, so dass es beispielsweise obsolet erschien, die konzeptionell als überdauernd aufgefassten Persönlichkeitseigenschaften daraufhin zu erheben, ob sie in der Vergangenheit schon einmal aufgetreten sind. Dasselbe gilt für die beiden Unterbereiche ADHS und Autismus. Ein zweites Kriterium betraf die diagnostische oder therapeutische Relevanz für die akute Symptomatik. So ist es beispielsweise für die Behandlung einer Depression entscheidend, ob in der Anamnese psychotische oder manische Symptome auftraten, aber nicht unbedingt, ob früher Zwänge bestanden. Ein drittes Kriterium betraf die angenommene Verleugnungstendenz einer Symptomatik bei der akuten Erhebung. So könnte es beispielsweise sein, dass eine Person mit einer Alkoholabhängigkeit von sich selbst annimmt, diese Problematik bereits überwunden zu haben, während die klinischen Merkmale eine andere Einschätzung nahelegen. In solchen Fällen – möglicherweise auch bei Essstörungen – ist anzunehmen, dass Patienten eher Items zustimmen, welche die Symptome in der Vergangenheit verorten. Insgesamt wurden acht Bereiche bzw. Unterbereiche für die anamnestische Erhebung ausgewählt.

Die Tabelle 3.19 stellt die Neugruppierung der ausgewählten ICD-10- und DSM-5-Kategorien zu eigenständigen Bereichen bzw. Unterbereichen dar. Ihr ist im Detail zu entnehmen, welche Störungskategorien in welchem Merkmalsbereich enthalten sind. Die fünfte Spalte gibt wieder, ob ein Merkmalsbereich für die vergangenheitsbezogene (anamnestische Erhebung) ausgewählt wurde.

Tabelle 3.19: Gruppierung der ausgewählten Störungskategorien aus ICD-10- und DSM-5 zu Bereichen und Unterbereichen des Klenico-Systems sowie Angaben zur Auswahl der anamnestischen Erhebung.

Störungsbereich	Unterbereich	Enthaltene ICD-10-Kategorien	Entsprechende und ergänzende DSM-5-Kategorien	zusätzlich anamnest. Erhebung
Psychosen	---	F20; F20.0; F20.2; F20.5; F30.2; F32.3	Schizophrenie Zusatzcodierung „Katatonie“ Bipolar-I-Störung, Zusatzcodierung „mit stimmungskongruenten <i>oder</i> -inkongruenten psychotischen Merkmalen“ Major Depression Zusatzcodierung „mit psychotischen Merkmalen“	ja
Persönlichkeitsstörungen	---	---	Das alternative DSM-5-Modell für Persönlichkeitsstörungen	nein
ADHS / Autismus	ADHS	F90	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	nein
ADHS / Autismus	Autismus	F84.0	Autismus-Spektrum-Störung	nein
Manie	---	F30.0; F30.1	Bipolar-I-Störung	ja
Depression	---	F32 (allg. Kriterien, Somatisches Syndrom); F32.0; F34.1	Major Depression Zusatzcodierung „mit melancholischen Merkmalen“ Persistierende depressive Störung (Dysthymie)	ja
Somatoforme Störungen	---	F45.0; F45.2; F45.3; F45.4	Somatische Belastungsstörung Krankheitsangststörung Konversionsstörung	ja
Zwänge	---	F42.0; F42.1	Zwangsstörung Körperdysmorphie Störung Pathologisches Horten Trichotillomanie Dermatillomanie	nein
Angststörungen	Panikstörung	F41.0	Panikstörung	nein
Angststörungen	Agoraphobie	F40.0	Agoraphobie	nein
Angststörungen	Soziale Phobie	F40.1	Soziale Angststörung	nein
Angststörungen	Spezifische Phobien	F40.2	Spezifische Phobie	nein
Angststörungen	Generalisierte Angststörung	F41.1	Generalisierte Angststörung	ja
Abhängigkeiten	Alkohol	F10.1; F10.2	Alkoholkonsumstörung	ja

Abhängigkeiten	Drogen	F11.1; F11.2 F12.1; F12.2 F14.1; F14.2 F15.1; F15.2 F16.1; F16.2 F19.1; F19.2	Opioidekonsumstörung Cannabiskonsumstörung Stimulanzienkonsumstörung Halluzinogenkonsumstörung Störung durch Konsum einer anderen oder unbekannten Substanz	ja
Abhängigkeiten	Medikamente	F13.1; F13.2 F19.1; F19.2	Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikakonsumstörung	nein
Abhängigkeiten	Tabak	F17.1; F17.2	Tabakkonsumstörung	nein
Essstörungen	---	F50.0; F50.2	Anorexia Nervosa Bulimia Nervosa Binge-Eating-Störung	ja
Belastungsstörungen	---	F43.1; F43.2 F44 F48.1	Posttraumatische Belastungsstörung Anpassungsstörungen Dissoziative Amnesie Dissoziative Identitätsstörung	nein
Demenzen	---	Demenz (allg. Kriterien)	Neurokognitive Störungen (NCD)	nein
Intensivmerkmale	---	---	---	nein
Disabilities	---	---	---	nein

3.2.4. Extraktion von Symptomen

Der dritte Schritt zur Erstellung des Item-Inventars bestand darin, aus den diagnostischen Kriterien der ausgewählten Störungskategorien Einzelsymptome herauszulesen. Dazu wurden die jeweiligen Kriterien des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) mit denjenigen der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016) abgeglichen und gemäß den aufgestellten Entscheidungsregeln und -kriterien (vgl. 2.2.4.3) in ihre semantischen Einzelbestandteile zergliedert. Primär strukturgebend war dabei das DSM-5, zumal es in den meisten Fällen differenziertere Formulierungen der Kriterien aufweist und außerdem einen deutlich aktuelleren Forschungsstand repräsentiert. Sofern sich die zergliederten Einzelbestandteile im Sinne von Symptomen als abgrenzbar und operationalisierbar erwiesen, wurde ihnen eine möglichst markante Bezeichnung zugeschrieben. In den nachfolgenden tabellarischen Auflistungen dieser Prozesse werden jeweils verlaufsbezogene Kriterien, Ausschlusskriterien sowie unspezifisch und repetitiv aufgeführte Aspekte aus Platzgründen weggelassen. (Ein Beispiel für Letztgenanntes ist die im DSM-5 häufig zu findende Formulierung „die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen

Funktionsbereichen“; z.B. APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 217). Eine ausführliche Begründung für diese Aussparungen erfolgte bereits an anderer Stelle (vgl. 2.2.4.3).

3.2.4.1. Symptome der Psychosen

Das DSM-5-Kapitel „Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 117–165) weist insofern eine Besonderheit auf, als dass darin zu Beginn eine Reihe charakteristischer Symptome bzw. Symptomgruppen beschrieben werden, worauf sich die diagnostischen Kriterien der nachfolgenden Störungskategorien dann beziehen. Namentlich geht es dabei um Wahn, Halluzinationen, desorganisiertes Denken (desorganisierte Sprache), grob desorganisiertes Verhalten oder gestörte Motorik (inklusive der Katatonie) sowie Negativsymptome. Demgegenüber ist das ICD-10-Kapitel „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ viel stärker am Störungsbild der Schizophrenie orientiert, für die zunächst allgemeine Kriterien aufgeführt sind, die wiederum die Grundlage für die Varianten der paranoiden, der hebephrenen, der katatonen und der undifferenzierten Schizophrenie darstellen. In diesen allgemeinen Kriterien findet sich zwar ebenfalls eine Reihe von Symptombezeichnungen, die aber im Kapitel F der ICD-10 selbst nirgends definiert, beschrieben oder erklärt sind (vgl. WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 91–118). Lediglich im Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (WHO & Dilling, 2009) sind die entsprechenden Definitionen aufgeführt. Bei beiden Klassifikationssystemen, dem DSM-5 und der ICD-10, fällt aber auf, dass die betreffenden Kapitel zum Schizophrenie-Spektrum bzw. zu Psychosen deutlich mehr in der Fachwelt etablierte Symptombezeichnungen aufweisen, als dies bei anderen Störungskategorien der Fall ist.

Für den dritten Schritt zur Erstellung des Item-Inventars, die Extraktion von Symptomen aus den diagnostischen Kriterien (vgl. 2.2.4.3), bedeutete diese Besonderheit eine gewisse Vereinfachung: Die Symptome mussten nicht (wie in den nachfolgenden Störungsbereichen) erst als semantische Einheiten aus den Formulierungen der Kriterien herausgelesen werden, sondern konnten meistens direkt mit ihren üblichen Bezeichnungen übernommen werden. Im Gegenzug stellte es eine ziemliche Herausforderung dar, die zahlreichen Symptombegriffe so zu strukturieren, dass sie innerhalb der Software verständlich angeordnet und bei der Symptomerfassung auch leicht handhabbar waren. Erschwerend kam hinzu, dass die inhaltli-

chen Angaben im DSM-5-Kapitel zum Schizophrenie-Spektrum wiederum gewisse Abweichungen zu den im Glossar (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1117–1138) aufgeführten Begriffen aufweisen.

Das erste im DSM-5 aufgeführte Symptom des Schizophrenie-Spektrums ist der Wahn. Dabei unterscheidet das DSM-5 zwischen bizarrem Wahn, der „völlig unmöglich, vor dem kulturellen Hintergrund unverständlich und nicht aus üblichen Lebenserfahrungen ableitbar ist“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 117) und nicht bizarrem Wahn, der aber nicht weiter erläutert oder definiert wird. Desweiteren werden hier wie auch im Glossar des DSM-5 verschiedene Wahninhalte aufgezählt und erläutert, wobei keine vollständige Zuweisung der Wahninhalte zu den übergeordneten Kategorien „bizarrr“ und „nicht bizarrr“ erfolgt. Lediglich die Wahninhalte, die „einen Verlust der Kontrolle über den eigenen Geist und den Körper ausdrücken“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 117–118), namentlich Gedankenentzug, Gedankeneingebung und Kontrollwahn, werden dem bizarren Wahn zugerechnet. Bei der Aufzählung der Wahninhalte im DSM-5-Glossar findet sich indes die Unterteilung in zwei weitere inhaltliche Kategorien, nämlich in stimmungskongruenten und stimmungsinkongruenten Wahn. Zur genaueren Erläuterung werden diese Kategorien sogar erweitert in „stimmungsinkongruente und -kongruente psychotische Merkmale“, wobei letztere definiert werden als „Wahnphänomene oder Halluzinationen, deren Inhalt vollständig mit typischen Themen bei depressiven oder manischen Stimmungssyndromen übereinstimmt (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1134). Diese zusätzliche Unterteilung findet in der ICD-10 ihre Entsprechung zum einen in der Störungskategorie „schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen“ (ICD-10: F32.3), worin die Wahngedanken als „nicht bizarrr oder kulturell unangemessen“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 138) beschrieben sind. Als Beispiele dazu werden genannt: „depressiver, Schuld-, hypochondrischer, nihilistischer, Beziehungs- oder Verfolgungswahn“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 139). Zum anderen ist auch im Kapitel „Manie mit psychotischen Symptomen“ (ICD-10: F30.2) die Rede von nicht bizarrr oder kulturell unangemessen Wahngedanken, die Beispiele hierzu sind „Größen-, Liebes-, Beziehungs- und Verfolgungswahn“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 125).

Vor diesem Hintergrund entschieden wir, das Symptom des Wahns zunächst in drei Hierarchiestufen zu gliedern: Auf der obersten Stufe steht die Unterscheidung zwischen Stimmungskongruentem und -inkongruentem Wahn. Letzteren unterteilten wir auf der zweiten Stufe in Bizarren und Nicht bizarren Wahn. Da der übergeordneten Kategorie des Stimmungsinkongruenten Wahns aber keine weitere Bedeutung zukam, konzipierten wir letztlich drei

Symptome, Bizarrer Wahn, Nicht bizzarrer Wahn und Stimmungskongruenter Wahn, so dass die beiden Hierarchiestufen kollabierten. Diesen drei Symptomen wiesen wir auf einer dritten Hierarchiestufe, derjenigen der Subspezifikationen (vgl. 2.2.2.3), jeweils eine Auswahl an Wahninhalten zu, wobei wir auch doppelte Zuweisungen vornahmen. So kann beispielsweise ein Verfolgungswahn sowohl eine bizarre als auch eine nicht bizarre Konkretisierung aufweisen. Die oben erwähnten Wahninhalte Gedankenentzug, Gedankeneingebung und Kontrollwahn wiesen wir – der Begründung im DSM-5 folgeleistend – ausschließlich dem Bizarren Wahn zu. Ebenso verfahren wir mit dem Nihilistischen Wahn, der in der ICD-10 zwar dem Stimmungskongruenten Wahn zugerechnet, im DSM-5 aber als „Überzeugung der Nichtexistenz der eigenen Person, anderer Menschen oder der Welt als Ganzes“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 115) definiert wird, was doch eher eine bizarre Auffassung darstellt. Insgesamt resultierte somit eine Zergliederung des Wahnphänomens, das ausschließlich auf inhaltlichen Kriterien beruht. Eine Durchmischung von inhaltlichen und formalen Gesichtspunkten, wie dies sowohl in der ICD-10 als auch etwa im AMDP-System (AMDP, 2016) zu finden ist, versuchten wir zu vermeiden. Das hatte zur Konsequenz, dass Merkmale wie Wahngedanken, Wahnwahrnehmung, Wahneinfall oder Wahnstimmung unberücksichtigt blieben.

Deutlich einfacher gestaltete sich die Zergliederung der Halluzinationen. Während in der ICD-10 unter den allgemeinen Kriterien zur Schizophrenie erwähnt wird, dass Halluzinationen in „jeder Sinnesmodalität“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 94) auftreten können, ist im Glossar des DSM-5 eine konkretere Unterteilung zu finden. Diese ist aber nicht konsequent auf einzelne Sinnesmodalitäten abgestimmt, zumal auf derselben Gliederungsstufe etwa zwischen „geometrischen“ und „optischen“ Halluzinationen unterschieden wird (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1125–1126), die doch eigentlich beide dem Sehsinn zuzuordnen wären. Für den Symptomkatalog konzipierten wir ein einzelnes Symptom („Halluzinationen“), das wir in mehrere Subspezifikationen unterteilten und uns dabei mehrheitlich am DSM-5 orientierten. Während uns die oben erwähnte Unterscheidung zwischen optischen und geometrischen Halluzinationen wenig relevant erschien, unterteilten wir die akustischen Halluzinationen in „Geräusch-Halluzinationen“ und „Stimmenhören“, was wir als diagnostisch aussagekräftiger einschätzten. Hinzu kam die Sammelkategorie „Gemischte Halluzinationen“.

Eine weitere Merkmalsgruppe ist im DSM-5 unter der Bezeichnung „Desorganisiertes Denken (desorganisierte Sprache)“ zusammengefasst, die dort gleichgesetzt wird mit dem Begriff „formale Denkstörungen“, der im deutschsprachigen Raum weit verbreitet ist. Neben

der Erläuterung einiger konkreter Merkmale wie „Entgleisung“, „Danebenreden“ oder „Zerfahrenheit“ ist hier auch die Anmerkung zu finden, dass ein geringfügig desorganisiertes Sprechen häufig vorkommt und eher unspezifisch ist, sodass das Phänomen nur dann als Symptom gewertet werden sollte, wenn es die Kommunikation wesentlich beeinträchtigt (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 118). Dagegen sind in der ICD-10 unter den allgemeinen Kriterien zur Schizophrenie ähnliche auf die Sprache oder das Denken bezogene Symptome zu einer nicht genauer bezeichneten Gruppe zusammengefasst (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 94). Dabei fällt auf, dass in beiden diagnostischen Verzeichnissen ein eher unreflektierter Rückschluss von Sprachäußerungen auf das Denken impliziert wird, was aus der Sicht des heutigen neurokognitiven Forschungsstands doch eher überrascht.¹⁶ Um dieser phänomenologischen Ungenauigkeit etwas entgegenzutreten, konzipierten wir für die umschriebene Merkmalsgruppe ein einzelnes Symptom, das wir „Desorganisierte Sprechweise“ nannten. Auf weitere Subspezifikationen verzichteten wir, um die im DSM-5 angedeutete Problematik der Überschätzung leichter sprachlicher Desorganisation nicht zu verschärfen.

Eine vierte Merkmalsgruppe wird im DSM-5 mit „grob desorganisiertes Verhalten oder gestörte Motorik (inklusive der Katanonie)“ bezeichnet, wobei dann eine Unterteilung erfolgt in „katatone Verhaltensweisen“ und „grob desorganisiertes Verhalten“. Zum letztgenannten Merkmal sind nur sehr vage Formulierungen aufgeführt, etwa, dass dessen Manifestationen „von kindlicher Albernheit bis zu unvorhersehbarer Unruhe“ reichten und sich „bei jeder Form zielgerichteten Verhaltens bemerkbar machen“ würden (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 118). In der ICD-10 ist dagegen über die verschiedenen schizophreniebezogenen Störungskategorien verteilt eine Reihe von Merkmalen zu finden, die sich demselben Themenkreis zuordnen lassen, so etwa „unzusammenhängendes Verhalten“ oder „nutz- und zielloses Verhalten“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 93–103). Da der von uns befragte Experte – Prof. Wolfgang Fleischhacker (persönliche Kommunikation, 13. Dezember 2016) – die praktische Relevanz dieser Merkmale betonte, entschieden wir uns, dazu ein eigenständiges Symptom („Grob desorganisiertes Verhalten“) ohne weitere Subspezifikationen zu konzipieren. Was die katatonen Verhaltensweisen betrifft, ist im Vergleich zwischen DSM-5 und ICD-10 ein deutlicher Unterschied in der Bedeutungszuschreibung dieser Merkmalsgruppe zu konstatieren: Während die ICD-10 eine eigene Störungskategorie, nämlich die katatone Schizophrenie

¹⁶ Auch wenn die Problematik hier nicht in angemessener Tiefe erörtert werden kann, sei an dieser Stelle angemerkt, dass für die Sprachproduktion spezifische Hirnareale zuständig sind, die durchaus eigene Funktionseinschränkungen aufweisen können, ohne dass dadurch zwingend das gesamte Denken in Mitleidenschaft gezogen wird.

(ICD-10: F20.2) enthält, fungiert die Katatonie im DSM-5 nur noch als Zusatzcodierung. Begründet wird dies folgendermaßen: „Obwohl historisch die Katatonie mit der Schizophrenie assoziiert wurde, sind katatone Symptome unspezifisch und können auch bei anderen psychischen Störungen vorkommen.“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 118) Da dies auch der Auffassung von Prof. Fleischhacker entsprach (persönliche Kommunikation, 13. Dezember 2016), entschieden wir auch hier, ein einzelnes Symptom („Katatones Verhalten“) ohne Subspezifikationen zu konzipieren.

Die fünfte und letzte im DSM-5 aufgeführte Merkmalsgruppe umfasst die sogenannten „Negativsymptome“, namentlich der „verminderte emotionale Ausdruck“, die „reduzierte Willenskraft (Avolition)“, die „Spracharmut (Alogie)“, die „Anhedonie“ und der „Soziale Rückzug“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 119). Zu jedem dieser Merkmale sind hier definitorische Beschreibungen und weitere Erläuterungen zu finden. In den entsprechenden Störungskategorien der ICD-10 sind wiederum Merkmale zu finden, die sich teilweise mit denjenigen des DSM-5 überschneiden, die teilweise auch Ergänzungen darstellen, dann aber deutlich unspezifischer und ungenauer erscheinen (vgl. WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 93–103). Gemäß DSM-5 sind Negativsymptome insbesondere für die Morbidität der Schizophrenie charakteristisch, während sie bei anderen psychotischen Störungen weniger ausgeprägt sind (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 119). Diese Einschätzung teilte auch Prof. Fleischhacker (persönliche Kommunikation, 13. Dezember 2016), wobei er sich insbesondere auf die Störungskategorie „schizophrenes Residuum“ (ICD-10: F20.5) bezog. Vor diesem Hintergrund entschieden wir, die Negativsymptomatik jeweils als einzelne Symptome ohne Subspezifikationen zu konzipieren. Dadurch entstand in dieser Merkmalsgruppe eine relativ breite Differenzierungsmöglichkeit und somit gewissermaßen ein Gegengewicht zur sogenannten Positivsymptomatik mit Wahn und Halluzinationen. Dies wiederum entspricht auch der Aufteilung der PANSS (Kay, Fiszbein & Opfer, 1987), die im Bereich der psychotischen Störungen ein zentrales und gut etabliertes Erhebungsinstrument darstellt.

In der Tabelle 3.20 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Bereich der Psychosen beläuft sich auf 13. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (Items zu Psychosen 3.2.5.1).

Tabelle 3.20: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Bereich „Psychosen“.

<i>Symptome und Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Symptome und Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen	F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung	Bereich 01 – Psychosen	
bizarrer Wahn	Wahn (anhaltend, kulturell unangemessen, bizarr und völlig unrealistisch)	Bizarrer Wahn	1
– Verfolgungswahn		SU: Verfolgungswahn	
	Gedankenausbreitung	SU: Gedankenausbreitung	
	Gedankenlautwerden	--- (enthalten in: Gedankenausbreitung)	
– Gedankenentzug	Gedankenentzug	--- (enthalten in: Gedankenausbreitung)	
– Gedankeneingebung	Gedankeneingebung	SU: Gedankeneingebung	
– Kontrollwahn	Kontrollwahn	SU: Kontrollwahn	
– nihilistischer Wahn		SU: Nihilistischer Wahn	
		SU: Gemischter bizarrer Wahn	
		SU: Anderer bizarrer Wahn	
nichtbizarrer Wahn		Nicht bizarrer Wahn	2
– Verfolgungswahn	Verfolgungswahn	SU: Verfolgungswahn	
– Beziehungswahn	Beziehungswahn	SU: Beziehungswahn	
– Größenwahn	Größenwahn	SU: Größenwahn	
– Erotomanie / Liebeswahn	Liebeswahn	SU: Liebeswahn	
– körperbezogener Wahn		SU: Körperbezogener Wahn	
– Eifersuchtswahn	Eifersuchtswahn	SU: Eifersuchtswahn	
		SU: Gemischter nicht bizarrer Wahn	
		SU: Anderer nicht bizarrer Wahn	
stimmungskongruenter Wahn		Stimmungskongruenter Wahn	3

	depressiver Wahn	--- (nicht operationalisierbar)	
Schuldwahn	Schuldwahn	SU: Schuldwahn	
Verarmungswahn		SU: Verarmungswahn	
verdiente Bestrafung		SU: Wahn verdienter Bestrafung	
hypochondrischer Wahn	hypochondrischer Wahn	SU: Hypochondrischer Wahn	
	nihilistischer Wahn	--- (enthalt in: Bizarrrer Wahn)	
	Beziehungswahn	--- (enthalt in: Nicht bizzarrer Wahn)	
	Verfolgungswahn	--- (enthalt in: Nicht bizzarrer Wahn und Bizzarrer Wahn)	
	Wahnwahrnehmung	--- (enthalt in: Bizzarrer Wahn und Nicht bizzarrer Wahn)	
	Wahngedanken	--- (nicht operationalisierbar)	
	Gefühl des Gemachten (...)	--- (enthalt in: Kontrollwahn)	
	Sendungswahn	--- (nicht operationalisierbar)	
	Abstammungswahn	--- (nicht operationalisierbar)	
	Beeinflussungswahn	--- (enthalt in: Kontrollwahn)	
Halluzinationen	Halluzinationen jeder Sinnesmodalität	Halluzinationen	4
– akustisch: Stimmen	Stimmenhören	SU: Stimmenhören	
– akustisch: Geräusche		SU: Geräusch-Halluzinationen	
– optisch: Menschen, Figuren, Blitze, ...		SU: Optische Halluzinationen	
– optisch: geometrische Formen		--- (enthalt in: Optische Halluzinationen)	
– gustatorisch	Geschmackshalluzinationen	SU: Geschmackshalluzinationen	
– olfaktorisch	Geruchshalluzinationen	SU: Geruchshalluzinationen	
– taktil oder subkutan		SU: Taktile Halluzinationen	

– somatisch: physische Vorgänge im Organismus		SU: Somatische Halluzinationen	
gemischte Halluzinationen		SU: Gemischte Halluzinationen	
andere Halluzinationen		--- (erübrigt sich)	
	drohende Stimmen	--- (enthalten in: Stimmenhören)	
	befehlende Stimmen	--- (enthalten in: Stimmenhören)	
desorganisierte Sprechweise (formale Denkstörungen)	Denkstörungen	Desorganisierte Sprechweise	5
– Entgleisung oder Assoziationslockerung		--- (enthalten in: Desorganisierte Sprechweise)	
	Gedankenabreißen	--- (enthalten in: Desorganisierte Sprechweise)	
– Danebenreden	Danebenreden	--- (enthalten in: Desorganisierte Sprechweise)	
– Zerfahrenheit / Wortsalat	Zerfahrenheit	--- (enthalten in: Desorganisierte Sprechweise)	
	Neologismen	--- (enthalten in: Desorganisierte Sprechweise)	
	Einschiebungen in den Gedankenfluss	--- (enthalten in: Desorganisierte Sprechweise)	
	unzusammenhängende Sprache	--- (enthalten in: Desorganisierte Sprechweise)	
	weitschweifige Sprache	--- (enthalten in: Desorganisierte Sprechweise)	
	unverständliche Sprache	--- (enthalten in: Desorganisierte Sprechweise)	
grob desorganisiertes Verhalten	Verhaltensauffälligkeiten	Grob desorganisiertes Verhalten	6
	unzusammenhängendes Verhalten	--- (enthalten in: Grob desorganisiertes Verhalten)	
	nutz- und zielloses Verhalten	--- (enthalten in: Grob desorganisiertes Verhalten)	
	Selbstversunkenheit	--- (enthalten in: Grob desorganisiertes Verhalten)	
	Verfall sozialer Vollzüge	--- (enthalten in: Grob desorganisiertes Verhalten)	

	Abnahme der schulischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit	--- (enthaltend in: Grob desorganisiertes Verhalten)	
katatonisches Verhalten	katatone Symptome	Katatones Verhalten	13
– Mutismus (keine oder geringe verbale Antwort)	Mutismus	--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
– Agitation, nicht durch äußere Reize beeinflusst	Erregung (...)	--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
– Stupor (keine psychomotorische Aktivität, kein aktiver Austausch mit Umgebung)	Stupor (...)	--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
– Negativismus (widerständige oder keine Befolgung von Anweisungen oder bei anderen äußeren Reizen)	Negativismus (...)	--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
– Manierismen (eigentümliche, umständliche Karikatur normaler Haltungen)		--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
– Stereotypien (repetitive, abnorm häufige, nicht zielgerichtete Bewegungen)	Haltungsstereotypien (...)	--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
– Katalepsie (passive Einnahme einer Körperhaltung, die gegen die Schwerkraft gehalten wird)	kataleptische Starre (...)	--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
– Wächserne Flexibilität (leichter, gleichmäßiger Widerstand gegenüber einer Veränderung der Körper- oder Extremitätenhaltung durch den Untersucher)	wächserne Biegsamkeit (...)	--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
– Verharren (spontanes und aktives Aufrechterhalten einer eingenommenen Körperhaltung gegen die Schwerkraft)		--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
– Grimassieren		--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
– Echolalie (Nachahmen der Sprache eines anderen)		--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
– Echopraxie (Nachahmen der Bewegungen eines anderen)		--- (enthaltend in: Katatones Verhalten)	
	Befehlsautomatismus (...)	--- (nicht operationalisierbar)	
Negativsymptome	„negative“ Symptome	--- (ausdifferenziert)	

– verminderter emotionaler Ausdruck (Mimik, Gestik, Prosodie, Augenkontakt)	geringe nonverbale Kommunikation, deutlich an Mimik, Blickkontakt, Stimmmodulation und Körperhaltung	Verminderter emotionaler Ausdruck	7
– reduzierte Willenskraft (Avolition)		Reduzierte Willenskraft (Avolition)	8
– Spracharmut (Alogie)	Verarmung hinsichtlich Menge oder Inhalt des Gesprochenen	Spracharmut (Alogie)	9
– Anhedonie		Anhedonie	12
	verflachte Affekte	Affektverflachung	11
– Sozialer Rückzug	sozialer Rückzug	Sozialer Rückzug	10
	Apathie	--- (ausdifferenziert in: Affektverflachung und Reduzierte Willenskraft)	
	Passivität und Initiativemangel	--- (zu unspezifisch)	
	verminderte Aktivität	--- (zu unspezifisch)	
	inadäquate Affekte	--- (nicht operationalisierbar)	
	psychomotorische Verlangsamung	(im Bereich Depression)	
	verminderte soziale Leistungsfähigkeit	--- (nicht operationalisierbar)	
	Vernachlässigung der Körperpflege	--- (zu unspezifisch)	

Abkürzungen: SU = Subspezifikation

3.2.4.2. Symptome der Persönlichkeitsstörungen

Im Unterkapitel zur Auswahl der Störungseinheiten wurde ausführlich begründet, weshalb die prototypischen Diagnosekategorien im Bereich der Persönlichkeitsstörungen keinen Eingang ins Klenico-Item-Inventar finden sollten, anstatt dessen aber das „Kriterium A“ des alternativen DSM-5-Modells für Persönlichkeitsstörungen (vgl. 3.2.2.7). Das Kriterium A dieses innovativen diagnostischen Modells bezieht sich auf das Ausmaß an „Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1045). Was unter den sogenannten Persönlichkeitsfunktionen zu verstehen sei, ist in einem übersichtlichen Schema expliziert. Demnach gibt es zwei übergeordnete Bereiche, nämlich das „Selbst“ und „Interper-

sonelle Beziehungen“, die wiederum in jeweils zwei Unterbereiche zergliedert sind: „Identität“ und „Selbststeuerung“ gehören zum Bereich des Selbst, „Empathie“ und „Nähe“ zum Bereich der Interpersonellen Beziehungen. Zu jedem dieser vier Unterbereiche sind dann wiederum drei Aspekte aufgeführt, welche die Unterbereiche konkretisieren. Zum Unterbereich der Identität ist beispielsweise zu lesen: „Erleben der eigenen Person als einzigartig, mit klaren Grenzen zwischen sich und anderen; Stabilität des Selbstwerts und Akkuratheit der Selbsteinschätzung; Fähigkeit, eine Reihe von Emotionen zu erleben und zu regulieren“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1047).

Ein weiterer Bestandteil des alternativen DSM-5-Modells für Persönlichkeitsstörungen ist die sogenannte Skala zu Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP; Zimmermann et al., 2014a; englische Originalversion: „Level of Personality Functioning Scale“, LPFS; Bender, Morey & Skodol, 2011). Die SEFP stellt insofern eine operationalisierte Erweiterung des eben erläuterten Schemas der Persönlichkeitsfunktionen dar, als dass sie zu den Elementen Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe, bzw. zu deren konkretisierenden Aspekten jeweils vier Stufen der Beeinträchtigung sowie eine Stufe ohne bzw. mit geringen Beeinträchtigungen expliziert. Gedacht ist sie als Vorlage, an der ein klinisches Erscheinungsbild bzw. der Fall eines individuellen Patienten abgeglichen werden kann, um das Ausmaß der Beeinträchtigungen abzuschätzen. Zur besseren Veranschaulichung sei das Beispiel des ersten – übrigens nicht eindeutig bezeichneten – Aspekts aus dem Unterbereich Identität in Form der nachfolgenden Tabelle 3.21 zitiert:

Tabelle 3.21: Abgestufte Beeinträchtigung des ersten Aspekts der Identität gemäß alternativem DSM-5-Modell der Persönlichkeitsstörungen (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1065–1067).

<i>Ausmaß der Beeinträchtigung</i>	<i>Identität (erster Aspekt)</i>
Stufe 0 – keine oder geringfügige Beeinträchtigung	Durchgängiges Bewusstsein eines eigenständigen Selbst; hält rollenadäquate Grenzen ein.
Stufe 1 – leichte Beeinträchtigung	Relativ intaktes Selbstgefühl, wobei die Klarheit von Grenzen etwas eingeschränkt ist, wenn starke Emotionen und psychische Belastungen erlebt werden.
Stufe 2 – mittelgradige Beeinträchtigung	Übermäßige Abhängigkeit von anderen bei der Definition der eigenen Identität; beeinträchtigte Wahrnehmung von Grenzen.
Stufe 3 – schwere Beeinträchtigung	Schwach ausgeprägtes Gefühl von Autonomie/Urheberschaft; Erleben von mangelnder Identität oder innerer Leere. Die Definition von Grenzen ist schwach oder rigide: Kann Überidentifikation mit anderen, Überbetonung der Unabhängigkeit von anderen oder ein Schwanken zwischen beidem sein.

Offenbar wird in diesem kleinen Ausschnitt der SEFP (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1065–1067) also versucht, das Konstrukt einer Ich-Identität mit den zugehörigen Grenzen deskriptiv zu operationalisieren. Allerdings mangelt es diesem Unterfangen in mancher Hinsicht an Stringenz und Klarheit: So ist zunächst von einem Bewusstsein des Selbst die Rede, dann der Reihe nach von einem Selbstgefühl, von der Definition der eigenen Identität, von einem Gefühl von Autonomie/Urheberschaft, von innerer Leere und schließlich sogar von wahrgenommener Verfolgung durch andere. Wie diese verschiedenen Ansätze mit dem Kernkonzept einer Ich-Identität in Zusammenhang stehen, wird keineswegs erläutert. Auch bei der Beschreibung der Ich-Grenzen wird im Prinzip auf jeder Stufe ein unterschiedlicher Kontext bemüht: Auf der ersten Stufe werden die Ich-Grenzen mit „Rollen“ in Verbindung gebracht, dann ist zu erfahren, dass die Grenzen durch starke Emotionen und psychische Belastungen unklar werden. Auf Stufe zwei geht es um die Wahrnehmung von Grenzen, auf Stufe drei dagegen um die Definition derselben, wobei gleichzeitig von Überidentifikation und Unabhängigkeit die Rede ist. Auf Stufe vier sind die Grenzen dann wieder unklar oder angeblich schlicht nicht vorhanden. Insgesamt ist also zu vermuten, dass die Autoren der SEFP (bzw. der LPFS; Bender, Morey & Skodol, 2011) bei ihrer Ausarbeitung bestimmten Konzepten gefolgt sind, die aber weder expliziert werden, noch anhand der operationalen Beschreibungen nachvollziehbar sind. Deshalb erscheint es fragwürdig, ob die SEFP dem praxisorientierten Diagnostiker tatsächlich ein hilfreicher und nützlicher Rahmen bietet.

Neben diesen konzeptionellen Vorbehalten gab es aber noch einen weiteren Grund, weshalb eine direkte Implementierung der SEFP (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1065–1067) ins Klenico-System nicht in Frage kam: Die Formulierungen dieser Skala sollen im Wesentlichen dimensionale Abstufungen einzelner Aspekte oder Merkmale veranschaulichen. Ein solcher Ansatz divergiert damit grundlegend von demjenigen des Klenico-Systems, wo die Dimensionalität primär über die ipsative Anordnung (vgl. 1.4.5) erfasst wird, was eine verbale Abstufungen der Item-Formulierungen überflüssig macht. Deshalb entschieden wir uns, als Ausgangslage für die Symptom-Extraktion nicht die ausdifferenzierte, konzeptionell aber fragwürdige und mit dem Klenico-System inkompatible SEFP (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1065–1067) zu nehmen, sondern deren Basis, nämlich die im Rahmen des alternati-

ven DSM-5-Modells für Persönlichkeitsstörungen aufgeführte Tabelle „Elemente der Persönlichkeitsfunktion“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1047). Grundsätzlich gingen wir dabei nach Maßgabe der im Methodenteil (vgl. 2.2.4.3) aufgestellten Kriterien vor, d.h. wir zergliederten die in der Tabelle aufgeführten Formulierungen in abgrenzbare, operationalisierbare und dichotom sowie dimensional zu beurteilende Einheiten, die für sich genommen als Krankheitsanzeichen gelten können.

Gerade das letztgenannte Kriterium stellte dabei eine besondere Herausforderung dar, weil die tabellarisch aufgeführten „Elemente der Persönlichkeitsfunktion“ sozusagen die intakten Funktionen bzw. die Resultate intakter Funktionen beschreiben. So ist darin eben beispielsweise vom „Erleben der eigenen Person als einzigartig“ die Rede, was einen gesunden, nicht-pathologischen Zustand beschreibt (zur Funktionsnorm vgl. 1.2.3.2). Unsere Aufgabe bestand nun zunächst darin, das entsprechende pathologische Anzeichen zu finden, wenn die zugrundeliegende – im Übrigen nicht weiter explizierte – Funktion Einschränkungen oder Ausfälle aufweist. In diesem Fall gingen wir davon aus, dass der entsprechende Zustand phänomenologisch mit einem einzelnen Symptom erfasst werden kann, das wir „Inkohärenz des Selbst“ nannten. Beim nachfolgenden Aspekt, den „klaren Grenzen zwischen sich und anderen“ wird – wie oben bereits angesprochen – bei weitem nicht deutlich, was damit eigentlich gemeint ist: Geht es um die Wahrnehmung körperlicher Einheiten in der äußeren, physikalischen Welt, oder doch eher um den Differenzierungsgrad innerpsychischer Repräsentanzen? Ist mit einer inneren Grenzziehung etwa die Zuschreibung kausaler Wirkungen gemeint, oder die Erfassung charakterlicher Verschiedenheiten über das Selbstverständnis der eigenen Person hinaus? Noch bedeutsamer wären schließlich die phänomenologischen Auswirkungen: Woran kann entweder die betroffene Person selbst oder ein außenstehender Beobachter feststellen, dass der individuelle Grad der Grenzziehung im Vergleich zu anderen Personen reduziert oder gar unzureichend ist? Welche Auswirkungen hätte dies im alltäglichen Erleben? Angesichts dieser Unklarheiten beschränkten wir uns auf einen phänomenologischen Aspekt, der insbesondere von den Betroffenen festgestellt werden kann, nämlich den Eindruck einer „Überflutung“, wenn andere eine starke Emotionalität äußern (Herpertz, persönliche Kommunikation, 31. Oktober 2016). Folglich nannten wir das entsprechende Symptom „Fehlende emotionale Abgrenzung“.

Beim nachfolgenden Aspekt, dem instabilen Selbstwert, unterschieden wir zwischen „Selbstwertkrisen“, bei denen es wiederholt zu plötzlichen Einbrüchen im Selbstwerterleben kommt, deren Ursachen für die Betroffenen vielleicht gar nicht erkennbar sind, und einem

dauerhaft „Instabilen Selbstwert“, dessen übermäßig starke Schwankungen explizit durch Rückmeldungen aus der Außenwelt ausgelöst werden. Hiervon grenzten wir wiederum das Symptom „Sensitivität Fremdurteil“ ab, bei dem die externen Rückmeldungen noch weniger differenziert und auch nicht unbedingt als Reaktionen auf das eigene Agieren, sondern schlicht als „falsch“ erlebt werden. Ein viertes Symptom, den „Negativen Selbstwert“ konzipierten wir schließlich für den Fall, dass bei Patienten eine beständige Selbstablehnung vorliegt.

Bei der Operationalisierung einer Reihe weiterer Aspekte konnten wir dieselben qualitativen Grundprinzipien wie „zu viel“, „zu wenig“, „undifferenzierte Ausgestaltung“, „Brüchigkeit“ sowie „gänzlich fehlend“ beibehalten, wobei nicht alle Qualitäten bei jedem Aspekt gleichermaßen angezeigt waren. So schien es bei der „Akkuratheit der Selbsteinschätzung“, die ja schließlich situationsspezifisch erfolgen muss, wenig sinnvoll, sie als bruchhaft oder vollständig fehlend zu konzipieren, wohl aber als diffus und zwar dergestalt, dass die betroffene Person immer wieder feststellt, dass sie von anderen anders eingeschätzt wird („Abweichendes Selbstbild“). Bei der „Fähigkeit, eine Reihe von Emotionen zu erleben“ und der „Fähigkeit, eine Reihe von Emotionen zu regulieren“ gingen wir indes davon aus, dass eine übermäßige Emotionsregulation („zu viel“) phänomenologisch mit der eingeschränkten Fähigkeit, eine Reihe von Emotionen zu erleben („zu wenig“) zusammenfällt. Desweiteren grenzten wir bei der „Fähigkeit, eine Reihe von Emotionen zu erleben“ das Symptom der „Impulsivität“ von demjenigen der „Affektiven Durchbrüche“ ab, wobei dem letzteren eine diffusere bzw. weniger reflektierte Selbstwahrnehmung zugrunde liegt.

Beim Element der Selbststeuerung konzipierten wir das Symptom der „Unerreichten Ziele“ als Selbstauskunftssymptom mit Betonung der Innenperspektive (vgl. 2.2.1), die „Unrealistischen Ziele“ dagegen als Diagnostiker-Symptom. Eine direkte Verbindung in Form eines Indikator-Items schien uns indes nicht angezeigt, zumal das häufige Nichterreichen von Zielen für sich allein schon als pathologisch auffällig gelten darf. Außerdem kommen deutlich mehr Ursachen dafür in Frage als der alleinige Umstand, dass diese Ziele unrealistisch sind. Die von uns befragte Expertin für Persönlichkeitsstörungen, Frau Prof. Sabine Herpertz, erläuterte uns außerdem einen weiteren Aspekt zur Thematik der Selbststeuerung: Patienten beklagen bisweilen, dass ihnen die Gestaltung ihres eigenen Lebens immer wieder entgleiten würde (Herpertz, persönliche Kommunikation, 31. Oktober 2016). Obwohl diese Beobachtung den im DSM-5 aufgeführten Aspekten nicht ohne weiteres zuzuordnen ist, integrierten wir sie als eigenständiges Symptom, das wir „Kontrollverlust Lebensgestaltung“ nannten.

Demgegenüber stellte uns die Operationalisierung des Aspekts „Fähigkeit zur produktiven Selbstreflexion“ vor erhebliche Probleme: Obschon der Begriff der Selbstreflexion ein fester Bestandteil des therapeutischen Vokabulars darstellt, findet sich in der einschlägigen Fachliteratur nirgends eine klare Definition dieser Persönlichkeitsfunktion (vgl. z.B. Wöller & Kruse, 2010; Rudolf, 2006; Arbeitskreis OPD, 2014). Entsprechend bleibt auch unklar, wie sich deren Einschränkungen phänomenologisch bemerkbar machen würden. Selbst die Erläuterungen in der oben zitierten SEFP sind diesbezüglich wenig aufschlussreich, zumal hierzu tautologische Formulierungen wie „eingeschränkte Fähigkeit, eigenes Erleben zu reflektieren“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1066) zu finden sind. Man darf indes die Frage stellen, ob nicht vielmehr eine Reihe der übrigen Aspekte von Persönlichkeitsfunktionen das Resultat von Selbstreflexion darstellen, so etwa die „Akkuratheit der Selbsteinschätzung“ oder das „Verstehen der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere“. Angesichts dieser ungeklärten Fragen entschieden wir uns, diesen Aspekt nicht als eigenständige Symptomatik zu operationalisieren.

Zum Element der Empathie sind im DSM-5 drei Aspekte aufgeführt, wovon der erste mit „Verständnis und Anerkennung des Erlebens und der Motive anderer“ umschrieben wird. Aufgrund unserer Unterhaltung mit Frau Prof. Herpertz (persönliche Kommunikation, 31. Oktober 2016) unterteilten wir diesen Aspekt zunächst in zwei Komponenten: Die Theory of Mind-Funktion (vgl. Bischof, 2009, S. 392–399) ermöglicht es grundsätzlich, Verständnis für das Erleben und die Motive anderer zu erlangen. Die zweite Komponente dreht sich um die Frage, inwiefern das eigene Handeln nach dem aus der Theory of Mind-Funktion entstandenen Verständnis für andere ausgerichtet wird, was dann als „Anerkennung“ interpretiert werden kann. Zur Theory of Mind konzipierten wir die drei Symptome „Hypermentalisieren“, „Unverständnis in Beziehungen“ und „Gefühl der Zurückweisung“. Das erste entspricht dem qualitativen Prinzip des „Zuviels“, das zweite dem Prinzip des „Zuwenigs“ (am konkreten Beispiel von Beziehungsabbrüchen) und das dritte dem Prinzip der „Undifferenziertheit“, welche auf die erlebte Innenperspektive fixiert bleibt. Drei weitere Symptome, nämlich „Egoismus“, „Neigung zur Täuschung“ und „Gefühlskälte“ beziehen sich auf drei phänomenale Konsequenzen, wenn das eigene Handeln nicht auf prosoziale Weise nach den Erkenntnissen der Theory of Mind ausgerichtet wird. Diese Reihe wird dann gewissermaßen im nachfolgenden Aspekt, der „Toleranz gegenüber unterschiedlichen Sichtweisen“ fortgeführt, wobei wir hier auf Symptomebene zwischen „Intoleranz“ und „Ignoranz“ unterscheiden, wovon das letztere wiederum stärker an der Innenperspektive haftet. Den dritten und letzten Aspekt der Empathie, das „Verstehen der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere“, unterteilten wir in

die drei Symptome „Unverständnis eigener Wirkung“, „Unverständnis für Reaktionen“ und „Unverstanden fühlen“. In dieser Reihenfolge nimmt ihr Differenzierungsgrad bezüglich der Theory of Mind schrittweise ab, wobei „Unverstanden fühlen“ wiederum lediglich die erlebte Innenperspektive wiedergibt.

Das vierte und letzte Element der Persönlichkeitsfunktionen gemäß DSM-5 ist mit „Nähe“ bezeichnet und umfasst ebenfalls drei Aspekte. Der erste davon, die „Tiefe und Dauer von (positiven) Beziehungen mit anderen“ zielt auf relativ deutliche Manifestationen interpersoneller Fähigkeiten ab, wobei wir hier auf Symptomebene zwischen übermäßiger Konflikthaftigkeit („Interpersonelle Konflikte“) und übermäßiger Instabilität („Instabile Beziehungen“) der Beziehungen unterscheiden. Den zweiten Aspekt, der mit „Wunsch und Fähigkeit, anderen Menschen nahe zu sein“ umschrieben ist, fassten wir etwas weiter im Sinne einer generellen Distanzregulation auf. Die beiden Symptome „Übersteigertes Nähebedürfnis“ und „Trennungsängste“ stehen demnach für ein „Zuviel“ an Nähe bzw. ein „Zuwenig“ an interpersoneller Distanzierung in Beziehungen. Das letztgenannte Symptom zielt wiederum vorwiegend auf die erlebte Innenperspektive von einer Person ab, welche die Distanzierung ihres Gegenübers um jeden Preis verhindern will, während das „Übersteigerte Nähebedürfnis“ einen Vergleich mit anderen voraussetzt. Analog dazu sind die drei Symptome „Übermäßige Autonomie“, „Distanz als Selbstschutz“ und „Interpersonelle Distanz“ konzipiert, die alle drei ein „Zuviel“ an Distanzierung beinhalten, im Differenzierungsgrad hinsichtlich dem Vergleich mit anderen jedoch in genannter Reihenfolge abnehmen. Das sechste Symptom zu diesem Aspekt, die „Ambivalenz bei Intimität“ adressiert ein typisches Phänomen bei Borderline-Patienten, demnach der starke Wunsch nach Nähe unvermittelt in einen ebenso starken Wunsch nach Distanz umschlagen kann. Der dritte Aspekt schließlich wird mit „gegenseitigem Respekt, der sich im interpersonellen Verhalten zeigt“ beschrieben. Dazu konzipierten wir insgesamt sieben Symptome, von denen „Rücksichtslosigkeit“, „Anspruchshaltung“ sowie „Übermäßiges Misstrauen“ unschwer als solche zu erkennen sind, bei denen es dem Patienten an Respekt für sein Gegenüber und dessen (normal menschlichen) Unzulänglichkeiten mangelt. Die vier übrigen Symptome stehen für Fälle, in denen der Patient entweder grundsätzlich davon ausgeht, dass er sich den Respekt beim Gegenüber zuerst zu verdienen hat („Übermäßige Vorbildhaftigkeit“), oder durch besonders expressives Verhalten verschaffen muss („Dramatische Selbstdarstellung“ und „Oberflächliche Emotionalität“), oder dass für ihn die Möglichkeit einer Interaktion auf Augenhöhe erst gar nicht existiert („Interpersonelle Dependenz“).

In der Tabelle 3.22 sind die vier „Elemente der Persönlichkeitsfunktionen“ mit den zugehörigen Aspekten aus dem alternativen DSM-5-Modell der Persönlichkeitsstörungen in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der zweiten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Bereich der Persönlichkeitsstörungen beläuft sich auf 50. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.2).

Tabelle 3.22: Zergliederung der „Elemente der Persönlichkeitsfunktionen“ mit den zugehörigen Aspekten aus dem alternativen DSM-5-Modell der Persönlichkeitsstörungen mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System.

<i>Elemente der Persönlichkeitsfunktion gemäß DSM-5</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Alternatives DSM-5-Modell der Persönlichkeitsstörungen, Kriterium A	Bereich 02 – Persönlichkeitsstörungen	
<i>Selbst: Identität</i>	<i>--- (ausdifferenziert)</i>	
Erleben der eigenen Person als einzigartig	Inkohärenz des Selbst	1
Klare Grenzen zwischen sich und anderen	Fehlende emotionale Abgrenzung	2
Stabilität des Selbstwerts	Selbstwertkrisen	3
	Negativer Selbstwert	4
	Instabiler Selbstwert	5
	Sensitivität Fremdurteil	6
Akkuratheit der Selbsteinschätzung	Selbstüberschätzung	7
	Selbstunterschätzung	8
	Abweichendes Selbstbild	9
Fähigkeit, eine Reihe von Emotionen zu erleben	Innere Leere	10
	Eingeschränkte Emotionalität	11
	Diffuse Emotionalität	12
	Übermäßige Emotionalität	13
Fähigkeit, eine Reihe von Emotionen zu regulieren	Impulsivität	14
	Fehlende Emotionsregulation	15

	Affektive Durchbrüche	16
<i>Selbst: Selbststeuerung</i>	--- (ausdifferenziert)	
	Kontrollverlust Lebensgestaltung	17
Verfolgen von kohärenten und sinnhaften kurz- und langfristigen Zielen	Unerreichte Ziele	18
	Unrealistische Ziele	19
	Unrealistische Selbstansprüche	20
	Ziellosigkeit	21
Orientierung an konstruktiven und prosozialen Maßstäben des Verhaltens	Gesetzeskonflikte	22
	Rigidität	23
	Dependenz bei Entscheidungen	24
Fähigkeit zur produktiven Selbstreflexion	--- (nicht operationalisierbar)	
<i>Interpersonell: Empathie</i>	--- (ausdifferenziert)	
Verständnis und Anerkennung des Erlebens und der Motive anderer	Hypermentalisieren	25
	Unverständnis bei Beziehungen	26
	Egoismus	27
	Neigung zur Täuschung	28
	Gefühlskälte	29
	Gefühl der Zurückweisung	30
Toleranz gegenüber unterschiedlichen Sichtweisen	Intoleranz anderer Sichtweisen	31
	Ignoranz anderer Sichtweisen	32
Verstehen der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Unverständnis für Reaktionen	33
	Unverständnis eigener Wirkung	34
	Unverstanden fühlen	35
<i>Interpersonell: Nähe</i>	--- (ausdifferenziert)	
Tiefe und Dauer von (positiven) Beziehungen mit anderen	Interpersonelle Konflikte	36
	Instabile Beziehungen	37

Wunsch und Fähigkeit, anderen Menschen nahe zu sein	Trennungsängste	38
	Ambivalenz bei Intimität	39
	Interpersonelle Distanz	41
	Distanz als Selbstschutz	42
	Übersteigertes Nähebedürfnis	43
	Übermäßige Autonomie	44
gegenseitiger Respekt, der sich im interpersonellen Verhalten zeigt	Rücksichtslosigkeit	45
	Anspruchshaltung	46
	Übermäßige Vorbildhaftigkeit	47
	Interpersonelle Dependenz	40
	Dramatische Selbstdarstellung	48
	Oberflächliche Emotionalität	49
	Übermäßiges Misstrauen	50

3.2.4.3. Symptome der ADHS

Das Kriterium A der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 77–79) ist in zwei Abschnitte unterteilt, nämlich die „Unaufmerksamkeit“ und die „Hyperaktivität und Impulsivität“. Fast identische Begrifflichkeiten sind in den allgemeinen Kriterien der hyperkinetischen Störungen in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 309–312) zu finden, allerdings markieren sie eine Unterteilung in drei Abschnitte mit den Bezeichnungen „Unaufmerksamkeit“, „Überaktivität“ und „Impulsivität“. Obwohl man diese Begriffe von ihrem Abstraktionsgrad her durchaus als einzelne Symptome auffassen könnte (Tebartz van Elst, persönliche Kommunikation, 20. Oktober 2016), werden sie in beiden diagnostischen Verzeichnissen jeweils in eine Reihe weiterer Merkmale zergliedert. Das DSM-5 führt dann sogar zu jedem Merkmal noch konkretere Beispiele auf (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 77–79).

Die Extraktion von Symptomen für den Klenico-Katalog gestalteten wir zunächst nach dem im Unterkapitel 2.2.4.3 beschriebenen Prozess der Zerlegung von einzelnen Elementen

mit den formallogischen Verknüpfungen „und“ sowie „oder“. Dabei unterschieden wir nicht zwischen abstrakten Symptombeschreibungen und konkreten Beispielen, zumal charakteristische Beispiele durchaus wichtige Schritte zu einer Operationalisierung sein können. Die Zuordnung dieser Einzelbestandteile aus dem DSM-5 zu denjenigen der ICD-10 zeigte eine weitgehende inhaltliche Übereinstimmung zwischen den beiden diagnostischen Verzeichnissen, allerdings mit dem Unterschied, dass die Merkmale in der ICD-10 explizit Kindern zugeordnet werden, während das DSM-5 das Alter der Betroffenen offenlässt. Die formale Gleichbehandlung von Symptombeschreibungen und Beispielen führte aber dazu, dass die Aufgliederung der DSM-5-Kriterien umfangreicher ausfiel, wobei die Beispiele meistens keine Entsprechungen in den ICD-10-Kriterien fanden. Die Entscheidungen, ob die Beispiele als eigene Symptome oder als Aspekte einer übergeordneten, abstrakteren Symptombezeichnung fungieren, wurde jeweils im Einzelfall getroffen. So fassten wir beispielsweise die Formulierung „macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten (z.B.: übersieht Einzelheiten oder lässt sie aus; arbeitet ungenau)“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 77) unter dem Symptombegriff „Flüchtigkeitsfehler“ zusammen, der uns sowohl umgangs- als auch fachsprachlich hinreichend präzise und prägnant erschien. Dagegen fassten wir die Formulierung „hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 77) zwar auch unter einem einzelnen Symptombegriff, nämlich „Organisationsmängel“ zusammen, der alleinstehend allerdings viel unpräziser ist und daher eine weiterführende Operationalisierung benötigte. Hierfür zergliederten wir wiederum die eingeklammerte Konkretisierung „z.B.: hat Probleme, sequenziell aufeinander folgende Aufgaben zu bewältigen; Schwierigkeiten, Materialien und eigene Sachen in Ordnung zu halten; unordentliches, planlos-desorganisiertes Arbeiten; schlechtes Zeitmanagement; hält Termine und Fristen nicht ein“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 77) in insgesamt fünf Subspezifikationen (vgl. 2.2.2.3).

Einige Kriterien waren im Rahmen der durch den Software-Aufbau vorgegebene Struktur nicht operationalisierbar. Das war insbesondere dann der Fall, wenn eine Formulierung sich auf eine Vielzahl verschiedener Symptome bezog, z.B. „die Symptome sind nicht ausschließlich [als] ein Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseligkeit oder Unfähigkeit, Aufgaben oder Anweisungen zu verstehen“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 78). Eine solche Prämisse hätte bei jedem einzelnen Symptom in die Formulierung einfließen müssen, wodurch diese unverhältnismäßig umständlich und repetitiv geworden wären. Dasselbe galt für die als Kriterium B aufgeführte Formulierung „mehrere Symptome (...) treten

bereits vor dem Alter von 12 Jahren auf“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 78), die eine inhaltlich sehr wichtige Voraussetzung für das Störungskonzept darstellt. Um dieses Kriterium dennoch zu berücksichtigen, wurden manche Items mit der Formulierung „schon immer“ versehen (vgl. 3.2.5.3).

In der Tabelle 3.23 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Unterbereich ADHS beläuft sich auf 23. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.3).

Tabelle 3.23: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Unterbereich „ADHS“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung	hyperkinetische Störungen (F90), allg. Kriterien	Bereich 03.1 – ADHS	
<u>Kriterium A:</u> durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität	Vorliegen eines abnormen Ausmaßes von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe (...)	--- (ausdifferenziert)	
1. Unaufmerksamkeit	G1. Unaufmerksamkeit	--- (ausdifferenziert)	
Symptome treten während der letzten 6 Monate beständig auf	(...) Symptome bestanden mindestens sechs Monate lang	--- (über Verlauf zu bestimmen)	
Symptome treten in einem mit dem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Ausmaß auf	(...) in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß	--- (nicht operationalisierbar)	
Symptome wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus		--- (im Bereich Disabilities)	
Symptome sind nicht ausschließlich [als] ein Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseligkeit oder Unfähigkeit, Aufgaben oder Anweisungen zu verstehen	[das abnorme Ausmaß von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe] ist situationsübergreifend und andauernd (...)	--- (nicht operationalisierbar)	
beachtet häufig Einzelheiten nicht	[die Kinder] sind häufig unaufmerksam gegenüber Details	Unaufmerksamkeit bei Details	1

macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten	[die Kinder] machen häufig Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten	--- (enthalten in: Flüchtigkeitsfehler)	
macht Flüchtigkeitsfehler bei der Arbeit		--- (enthalten in: Flüchtigkeitsfehler)	
macht Flüchtigkeitsfehler bei anderen Tätigkeiten	[die Kinder] machen häufig Flüchtigkeitsfehler bei sonstigen Aktivitäten	Flüchtigkeitsfehler	2
übersieht Einzelheiten		--- (enthalten in: Flüchtigkeitsfehler)	
lässt Einzelheiten aus		--- (enthalten in: Flüchtigkeitsfehler)	
arbeitet ungenau		--- (enthalten in: Flüchtigkeitsfehler)	
hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben längere Zeit aufrechtzuerhalten	[die Kinder] sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben aufrechtzuerhalten	Geringe Aufmerksamkeitsspanne	3
hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Spielen längere Zeit aufrechtzuerhalten	[die Kinder] sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit beim Spielen aufrechtzuerhalten	--- (enthalten in: Geringe Aufmerksamkeitsspanne)	
hat während Unterricht Schwierigkeiten, konzentriert zu bleiben		--- (enthalten in: Geringe Aufmerksamkeitsspanne)	
hat während Vorträgen Schwierigkeiten, konzentriert zu bleiben		--- (enthalten in: Geringe Aufmerksamkeitsspanne)	
hat während Unterhaltungen Schwierigkeiten, konzentriert zu bleiben		--- (enthalten in: Geringe Aufmerksamkeitsspanne)	
hat während längerem Lesen Schwierigkeiten, konzentriert zu bleiben		--- (enthalten in: Geringe Aufmerksamkeitsspanne)	
scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn bzw. sie ansprechen	[die Kinder] scheinen oft nicht auf das zu hören, was ihnen gesagt wird	Geistige Abwesenheit	4
scheint mit den Gedanken anderswo zu sein, auch ohne ersichtliche Ablenkung		--- (enthalten in: Geistige Abwesenheit)	
	[die Kinder] können oft Erklärungen nicht folgen	Schwierigkeiten bei Erklärungen	5
führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch		Nichtbeachten von Anweisungen	6
bringt Schularbeiten nicht zu Ende	[die Kinder] können oft ihre Schularbeiten nicht erfüllen (...)	--- (enthalten in: Nichtbeachten von Anweisungen)	

bringt andere Arbeiten nicht zu Ende	[die Kinder] können oft ihre Aufgaben nicht erfüllen (...)	--- (enthalten in: Nichtbeachten von Anweisungen)	
bringt Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende	[die Kinder] können oft ihre Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (...)	Vernachlässigung von Pflichten	7
beginnt mit Aufgaben, verliert aber schnell den Fokus und ist leicht abgelenkt		--- (enthalten in: Geringe Aufmerksamkeitsspanne)	
hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	[die Kinder] sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	Organisationsmängel	8
hat Probleme, sequenziell aufeinander folgende Aufgaben zu bewältigen		Organisationsmängel A	
Schwierigkeiten, Materialien und eigene Sachen in Ordnung zu halten		Organisationsmängel B	
Unordentliches, planlos-desorganisiertes Arbeiten		Organisationsmängel C	
schlechtes Zeitmanagement		Organisationsmängel D	
hält Termine und Fristen nicht ein		Organisationsmängel E	
vermeidet häufig Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern	[die Kinder] vermeiden ungeliebte Arbeiten, wie Hausarbeiten, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern	Kein mentales Durchhaltevermögen A	9
hat eine Abneigung gegen Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern		--- (enthalten in: Kein mentales Durchhaltevermögen A)	
beschäftigt sich nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern		--- (enthalten in: Kein mentales Durchhaltevermögen A)	
Mitarbeit im Unterricht		Kein mentales Durchhaltevermögen B	
Hausaufgaben		--- (im Erwachsenenalter irrelevant)	
Ausarbeiten von Berichten		--- (nicht operationalisierbar)	
Ausfüllen von Formularen		Kein mentales Durchhaltevermögen C	
Bearbeiten längerer Texte		Kein mentales Durchhaltevermögen D	

verliert häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden	[die Kinder] verlieren häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Tätigkeiten wichtig sind	Verlieren von Gegenständen	10
verliert häufig Schulmaterialien	[die Kinder] verlieren häufig (...) Unterrichtsmaterialien	<i>Verlieren von Gegenständen A</i>	
verliert häufig Stifte, Bücher, Werkzeug	[die Kinder] verlieren häufig (...) Bleistifte, Bücher, Spielsachen, Werkzeuge	<i>Verlieren von Gegenständen B</i>	
verliert häufig Geldbörsen, Schlüssel, Arbeitspapiere, Brillen, Handys	[die Kinder] verlieren häufig (...) Unterrichtsmaterialien	<i>--- (enthalten in: Verlieren von Gegenständen B)</i>	
lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken (...)	[die Kinder] werden häufig von externen Stimuli abgelenkt	Ablenkung von außen	11
ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich	[die Kinder] sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich	Vergesslichkeit	12
ist bei der Erledigung von häuslichen Pflichten oder Besorgungen vergesslich		<i>Vergesslichkeit A</i>	
Vergessen von Telefonrückrufen		<i>Vergesslichkeit B</i>	
Vergessen, Rechnungen zu bezahlen		<i>Vergesslichkeit C</i>	
Vergessen, Verabredungen einzuhalten		<i>--- (enthalten in: Vergesslichkeit B)</i>	
2. Hyperaktivität und Impulsivität	G2. Hyperaktivität	<i>--- (ausdifferenziert)</i>	
Symptome treten während der letzten 6 Monate beständig auf	(...) Symptome bestanden mindestens sechs Monate lang	<i>--- (über Verlauf zu bestimmen)</i>	
Symptome treten in einem mit dem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Ausmaß auf	(...) in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß	<i>--- (nicht operationalisierbar)</i>	
Symptome wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus		<i>--- (im Bereich Disabilities)</i>	
Symptome sind nicht ausschließlich ein Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseligkeit oder Unfähigkeit, Aufgaben oder Anweisungen zu verstehen		<i>--- (nicht operationalisierbar)</i>	
zappelt häufig mit Händen und Füßen	[die Kinder] zappeln häufig mit Händen und Füßen	Herumzappeln	18
rutscht auf dem Stuhl herum	[die Kinder] winden sich auf den Sitzen	<i>--- (enthalten in: Herumzappeln)</i>	

steht oft in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird	[die Kinder] verlassen ihren Platz in (...) Situationen, in denen erwartet wird, dass sie auf ihrem Platz bleiben	Unangemessenes Aufstehen	19
verlässt den eigenen Stuhl im Klassenraum, im Büro oder an anderen Arbeitsplatz (...)	[die Kinder] verlassen ihren Platz im Klassenraum (...)	--- (enthalten in: Unangemessenes Aufstehen)	
läuft häufig herum	[die Kinder] laufen häufig herum	Herumlaufen	13
klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist	[die Kinder] klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist	--- (im Erwachsenenalter irrelevant)	
(...) kann auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben	(...) entspricht dem [Herumlaufen und Klettern] möglicherweise nur ein Unruhegefühl	Subjektives Unruhegefühl	14
hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen	[die Kinder] sind häufig unnötig laut beim Spielen	--- (im Erwachsenenalter irrelevant)	
hat häufig Schwierigkeiten, sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen	[die Kinder] haben Schwierigkeiten, sich ruhig mit Freizeitbeschäftigungen zu befassen	Vorliebe für laute Aktivitäten	15
ist häufig „auf dem Sprung“	[die Kinder] zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten (...)	Exzessive motorische Aktivität	16
handelt oftmals, als wäre er bzw. sie „getrieben“		--- (enthalten in: Exzessive motorische Aktivität)	
kann nicht über längere Zeit ruhig an einem Platz bleiben, z.B. in Restaurants oder bei Besprechungen		--- (enthalten in: Exzessive motorische Aktivität)	
fühlt sich sehr unwohl, wenn er [bzw. sie] über längere Zeit ruhig an einem Platz bleibt, z.B. in Restaurants oder bei Besprechungen in Restaurants		--- (enthalten in: Exzessive motorische Aktivität)	
(...) kann von anderen als Ruhelosigkeit erlebt werden		--- (enthalten in: Exzessive motorische Aktivität)	
(...) kann von anderen als Schwierigkeit, mit dem Betreffenden Schritt zu halten, erlebt werden		--- (nicht operationalisierbar)	
	G3. Impulsivität	--- (ausdifferenziert)	
redet häufig übermäßig viel	[die Kinder] reden häufig exzessiv, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren	Übermäßiges Reden	20
platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist	[die Kinder] platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist	Herausplatzen mit Antworten	22

beendet die Sätze anderer		--- (enthalten in: Unterbrechen)	
kann in Unterhaltungen nicht abwarten, bis er bzw. sie mit Reden an der Reihe ist		--- (enthalten in: Unterbrechen)	
kann häufig nur schwer warten, bis er bzw. sie an der Reihe ist (z.B. beim Warten in einer Schlange)	[die Kinder] können häufig nicht in einer Reihe warten (...), bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen	Nicht abwarten können	17
	[die Kinder] warten nicht, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen	--- (enthalten in: Nicht abwarten können)	
unterbricht andere häufig	[die Kinder] unterbrechen (...) andere häufig	Unterbrechen	23
stört andere häufig	[die Kinder] stören (...) andere häufig	Stören von anderen	21
platzt in Gespräche, Spiele, oder andere Aktivitäten hinein	[die Kinder] mischen sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein	--- (enthalten in: Stören von anderen)	
benutzt die Dinge anderer Personen, ohne vorher zu fragen oder ohne Erlaubnis		--- (enthalten in: Stören von anderen)	
unterbricht oder übernimmt die Aktivitäten anderer		--- (enthalten in: Stören von anderen)	
<u>Kriterium B:</u> Mehrere Symptome (...) treten bereits vor dem Alter von 12 Jahren auf	G4. Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr	--- (z.T. in Item-Formulierungen enthalten)	
<u>Kriterium C:</u> mehrere Symptome (...) bestehen in zwei oder mehr verschiedenen Lebensbereichen (...)	G5. Symptomausprägung: die Kriterien sollten in mehr als einer Situation erfüllt sein (...)	--- (nicht operationalisierbar)	
<u>Kriterium D:</u> Es sind deutliche Hinweise dafür vorhanden, dass sich die Symptome störend auf die Qualität des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveaus auswirken oder dieses reduzieren.	G6. Die Symptome (...) verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.	--- (im Bereich Disabilities)	

3.2.4.4. Symptome des Autismus

Die ersten zwei diagnostischen Kriterien zur Autismus-Spektrum-Störung sind im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 64) in ihrer Formulierung sehr allgemein gehalten. Es

handelt sich dabei um „anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion über verschiedene Kontexte hinweg“, sowie um „eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten“. Diese allgemeinen Formulierungen werden dann jeweils mit verschiedenen Beispielen erläutert, wobei angemerkt wird, dass die Beispiele nicht als vollständige Beschreibung des Störungsbildes zu verstehen sind. Die ICD-10-Kriterien (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 295–296) umfassen im Wesentlichen dieselben Themenbereiche, wobei hier die „qualitativen Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion“ und die „qualitativen Auffälligkeiten der Kommunikation“ in eigenständige Symptomgruppen unterteilt werden, was wiederum zu einigen inhaltlichen Überschneidungen führt. Die „begrenzten, repetitiven und stereotypen Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten“ stellen dadurch eine dritte Symptomgruppe dar. Zusätzlich fordern beide diagnostischen Verzeichnisse, dass sich die Auffälligkeiten bereits in der frühen Kindheit manifestierten.

Der von uns zu diesem Störungsbereich befragte Experte, Prof. Tebartz van Elst (persönliche Kommunikation, 20. Oktober 2016), erklärte uns darüber hinaus, dass eine diagnostische Abklärung in der Regel zwischen zwei und vier Stunden dauert und meist anhand von speziellen Instrumenten wie der Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS; Lord et al., 2012) erfolgt. Die ADOS beinhaltet nicht nur Interview-Anleitungen, sondern beispielsweise auch einen Spielzeugkoffer, der zur standardisierten Verhaltensbeobachtung eingesetzt wird. Da die Klenico-Software solche spezialisierten diagnostischen Hilfsmittel weder bereitstellen kann noch soll, entschieden wir uns, den Unterbereich Autismus im Sinne eines erweiterten Screenings zu konzipieren, das zur Indikationsstellung für eine vertiefte diagnostische Abklärung dient. Vor diesem Hintergrund lag unser Fokus bei der Extraktion von Symptomen weniger auf der vollständigen Erfassung der Symptomatik, sondern mehr auf der Auswahl möglichst spezifischer Merkmale, um die Indikationsstellung für eine ausführliche Diagnostik dieses Störungsbildes zu ermöglichen.

Das bedeutete, dass wir insbesondere die Verlaufsanamnese in Bezug auf das Erstauftreten der Auffälligkeiten, aber auch die Erfassung von Besonderheiten des Spielverhaltens ausklammerten. Im Gegenzug nahmen wir fünf zusätzliche Symptome in den Katalog auf, die uns Prof. Tebartz van Elst (persönliche Kommunikation, 20. Oktober 2016) als markant bzw. besonders spezifisch bezeichnete: Mit „Aversion Augenkontakt“ ist gemeint, dass die Betroffenen es eigentlich nicht mögen, ihren sozialen Interaktionspartnern direkt in die Augen zu schauen, sich aber – im Sinne einer Adaptionsleistung – bisweilen angewöhnen, auf die Nasenwurzel anstatt in die Augen zu blicken. Das „Verständnisdefizit in Gruppen“ rührt nicht

etwa von der bei Autisten stark eingeschränkten Fähigkeit zur Perspektivenübernahme her, sondern vermutlich eher von Defiziten in der auditiv-perzeptiven Filterfunktion, ist aber ebenfalls sehr spezifisch. Ähnliche Funktionsdefizite dürften auch der „Auditiven Hypersensitivität“ und der „Aversion [gegen] Berührungen“ zugrunde liegen. Schließlich verdeutlicht der Ausdruck „Konkretistische Sprache“, was in den diagnostischen Kriterien etwas nebulös mit idiosynkratischem Sprachgebrauch umschrieben wird, nämlich, dass Autisten nicht über die allgemein übliche Sprachpragmatik verfügen, sondern Ausdrücke schlicht zu wörtlich nehmen und dadurch deren kontextbezogene Semantik teilweise nicht verstehen.

Bei einer Reihe von symptombezogenen Beschreibungen in den diagnostischen Kriterien von DSM-5 und ICD-10 konnten wir keine griffige Operationalisierung generieren, weil sie zu ungenau oder zu allgemein formuliert sind. Beispiele dafür sind „abnorme soziale Kontaktaufnahme“, „ablehnende Reaktion auf spezifische Strukturen“, „scheinbare Gleichgültigkeit gegenüber Schmerz“ und „exzessives Beriechen oder Berühren von Objekten“. Andererseits konnten wir viele der beispielhaft aufgeführten Beschreibungen zu einheitlicheren Symptombegriffen zusammenfassen, so etwa bei „Sozialen Defiziten“, „Perseverierenden Interessen“ oder „Reizüberflutungen“. Letztgenanntes Symptom umfasst z.B. die Subspezifikationen „Aversion Geräusche“, „Oberflächen-Aversion“, „Auditive Hypersensitivität“ und „Aversion Berührungen“.

In der Tabelle 3.24 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Unterbereich Autismus beläuft sich auf 15. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.4).

Tabelle 3.24: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Unterbereich „Autismus“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Autismus-Spektrum-Störung	frühkindlicher Autismus (F84.0)	Bereich 03.2 – Autismus	
<u>Kriterium A</u> : anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und Interaktion (...)		--- (ausdifferenziert)	

Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit	Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit (...)	Kein emotionaler Austausch	1
abnorme soziale Kontaktaufnahme		--- (nicht operationalisierbar)	
Fehlen von normaler wechselseitiger Konversation		--- (nicht operationalisierbar)	
	Verspätung oder vollständige Störung der Entwicklung der gesprochenen Sprache (...)	--- (einer spezialisierten Diagnostik vorbehalten)	
	beeinträchtigte Entwicklung der rezeptiven oder expressiven Sprache	--- (einer spezialisierten Diagnostik vorbehalten)	
verminderter Austausch von Interessen, Gefühlen oder Affekten	Mangel, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen (...)	--- (enthalten in: Kein emotionaler Austausch)	
	Beeinträchtigung oder deviante Reaktion auf die Emotionen anderer	--- (enthalten in: Kein emotionaler Austausch)	
	beeinträchtigte Entwicklung reziproker sozialer Interaktion	--- (enthalten in: Soziale Defizite)	
Unvermögen, auf soziale Interaktion zu reagieren		--- (enthalten in: Soziale Defizite)	
	relative Unfähigkeit, einen kommunikativen, sprachlichen Kontaktaustausch mit anderen zu beginnen oder aufrechtzuerhalten (...)	--- (enthalten in: Soziale Defizite)	
	beeinträchtigte Entwicklung selektiver sozialer Zuwendung	--- (nicht operationalisierbar)	
Unvermögen, soziale Interaktion zu initiieren		--- (enthalten in: Soziale Defizite)	
Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten (...)	Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion	--- (ausdifferenziert)	
schlecht aufeinander abgestimmte verbale und nonverbale Kommunikation	nur labile Integration sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens	--- (enthalten in: Abnorme Körpersprache)	
abnormer Blickkontakt	Unfähigkeit, Blickkontakt zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden	Abnormer Blickkontakt	14
		Aversion Augenkontakt	2
abnorme Körpersprache	Unfähigkeit, Körperhaltung zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden	Abnorme Körpersprache	15
Defizite im Verständnis von Gestik		Verständnisdefizit Gestik	3

Defizite im Gebrauch von Gestik	Unfähigkeit, Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden	--- (enthalt in: <i>Abnorme Körpersprache</i>)	
vollständiges Fehlen von Mimik	Unfähigkeit, Mimik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden	Verständnisdefizit Mimik	4
vollständiges Fehlen nonverbaler Kommunikation		--- (enthalt in: <i>Abnorme Körpersprache</i>)	
		Verständnisdefizit in Gruppen	5
Defizite in der Aufnahme, Aufrechterhaltung und Verständnis von Beziehungen	Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten, Gefühlen (...)	Soziale Defizite	6
Schwierigkeiten, das eigene Verhalten an verschiedene soziale Kontexte anzupassen	Mangel an Verhaltensmodulation entsprechend dem sozialen Kontext	--- (einer spezialisierten Diagnostik vorbehalten)	
Schwierigkeiten, sich in Rollenspielen auszutauschen	Mangel an spontanen sozialen Imitationsspielen	--- (einer spezialisierten Diagnostik vorbehalten)	
	Mangel an verschiedenen spontanen Als-ob-Spielen	--- (einer spezialisierten Diagnostik vorbehalten)	
	Beeinträchtigung des funktionalen oder symbolischen Spielens	--- (einer spezialisierten Diagnostik vorbehalten)	
Schwierigkeiten, Freundschaften zu schließen		--- (enthalt in: <i>Soziale Defizite</i>)	
vollständiges Fehlen von Interesse an Gleichaltrigen		Einzelgängertum	7
<u>Kriterium B</u> : Eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten (...)		--- (ausdifferenziert)	
stereotype oder repetitive motorische Bewegungsabläufe, stereotyper oder motorischer Gebrauch von Objekten oder von Sprache		--- (ausdifferenziert)	
einfache motorische Stereotypen	stereotype und repetitive motorische Manierismen mit Hand- und Fingerschlagen	Motorische Stereotypen	8
	Verbiegen des ganzen Körpers	--- (enthalt in: <i>Motorische Stereotypen</i>)	
	Komplexe Bewegungen des ganzen Körpers	--- (enthalt in: <i>Motorische Stereotypen</i>)	
Aufreihen von Spielzeug		--- (einer spezialisierten Diagnostik vorbehalten)	

Hin- und Herbewegen von Objekten		--- (enthalten in: <i>Motorische Stereotypen</i>)	
Echolalie	stereotype und repetitive Verwendung der Sprache	--- (einer spezialisierten Diagnostik vorbehalten)	
idiosynkratischer Sprachgebrauch	idiosynkratischer Gebrauch von Wörtern oder Phrasen	--- (enthalten in: <i>Konkretistische Sprache</i>)	
		Konkretistische Sprache	9
Festhalten an Gleichbleibendem, unflexibles Festhalten an Routinen oder an ritualisierten Mustern verbalen oder nonverbalen Verhaltens	offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen oder Rituale	Fixierung auf Routinen	10
extremes Unbehagen bei kleinen Veränderungen		--- (enthalten in: <i>Fixierung auf Routinen</i>)	
Schwierigkeiten bei Übergängen		--- (enthalten in: <i>Fixierung auf Routinen</i>)	
rigide Denkmuster		--- (nicht operationalisierbar)	
rigide Begrüßungsrituale		Rigide Rituale	11
Bedürfnis, täglich den gleichen Weg zu gehen		--- (enthalten in: <i>Rigide Rituale</i>)	
Bedürfnis, täglich das gleiche Essen zu sich zu nehmen		--- (enthalten in: <i>Rigide Rituale</i>)	
Hochgradig begrenzte, fixierte Interessen, die in ihrer Intensität oder ihrem Inhalt abnorm sind	begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (...)	Perseverierende Interessen	12
	ein oder mehrere Interessen ungewöhnlicher Intensität und Begrenztheit	--- (enthalten in: <i>Perseverierende Interessen</i>)	
starke Bindung an ungewöhnliche Objekte		--- (enthalten in: <i>Perseverierende Interessen</i>)	
starkes Beschäftigtsein mit ungewöhnlichen Objekten		--- (enthalten in: <i>Perseverierende Interessen</i>)	
	vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials (...)	--- (einer spezialisierten Diagnostik vorbehalten)	
extrem umschriebene Interessen	umfassende Beschäftigung mit gewöhnlich mehreren stereotypen und begrenzten in Inhalt und Schwerpunkt abnormen Interessen	--- (enthalten in: <i>Perseverierende Interessen</i>)	
extrem perseverierende Interessen		--- (enthalten in: <i>Perseverierende Interessen</i>)	

Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize oder ungewöhnliches Interesse an Umweltreizen	--- (ausdifferenziert)	
scheinbare Gleichgültigkeit gegenüber Schmerz	--- (nicht operationalisierbar)	
scheinbare Gleichgültigkeit gegenüber Temperatur	--- (nicht operationalisierbar)	
ablehnende Reaktion auf spezifische Geräusche	Reizüberflutungen: Aversion Geräusche	13
ablehnende Reaktion auf spezifische Strukturen	--- (nicht operationalisierbar)	
ablehnende Reaktion auf spezifische Oberflächen	Reizüberflutungen: Oberflächen-Aversion	13
	Reizüberflutungen: Auditive Hypersensitivität	13
	Reizüberflutungen: Aversion Berührungen	13
exzessives Beriechen von Objekten	--- (nicht operationalisierbar)	
exzessives Berühren von Objekten	--- (nicht operationalisierbar)	
visuelle Faszination für Licht	--- (zu unspezifisch)	
visuelle Faszination für Bewegungen	--- (zu unspezifisch)	
Symptome müssen bereits in der frühen Entwicklungsphase vorliegen (...) (In späteren Lebensphasen können sie auch durch erlernte Strategien überdeckt werden)	Vor dem dritten Lebensjahr manifestiert sich eine abnorme und beeinträchtigende Entwicklung (...)	--- (einer spezialisierten Diagnostik vorbehalten)
Symptome verursachen (...) Leiden oder Beeinträchtigungen (...)	(vgl. Disabilities)	

3.2.4.5. Symptome der Manie

Für den Bereich „Manie“ brauchten lediglich zwei ICD-10-Störungskategorien (ICD-10: F30.0 und F30.1) bzw. eine DSM-5-Kategorie (Bipolar-I-Störung) berücksichtigt zu werden. Während das DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 168–183) für die hypomanische und die manische Phase dieselben Symptome aufführt und die Abgrenzung anhand der Dauer so-

wie über das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigungen regelt, sind in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 122–126) geringfügige Abweichungen in den Formulierungen sowie eine leicht erweiterte Symptomliste für die manische Episode zu finden. Insofern konnten aus der ICD-10-Kategorie der manischen Episode einige zusätzliche Symptome über diejenigen der Hypomanie hinaus in den Symptomkatalog aufgenommen werden. Ein einzelnes Symptom, die „Konzentrationschwierigkeiten“, das nur in der ICD-10 aufgeführt wird, wurde ausgeschlossen, weil es für diesen Bereich als zu unspezifisch erschien.

Sowohl die ICD-10- als auch die DSM-5-Kriterien führen bereits relativ distinkte und begrifflich knapp gefasste Symptome auf, die zwar nicht deckungsgleich sind, aber inhaltlich doch weitgehend übereinstimmen. Symptome, die nur in einem der beiden diagnostischen Verzeichnisse aufgeführt sind, nahmen wir trotzdem in den Symptomkatalog auf, zumal es keine inhaltlichen Anhaltspunkte gab, um dem einen oder anderen Verzeichnis den Vorrang zu geben. Bei den Formulierungen „übermäßige Beschäftigung mit Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen“ aus dem DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 168) bzw. „andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten“ aus der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 123) war es angezeigt, einen prägnanten Symptombegriff zu wählen, was mit „Fahrlässigem Verhalten“ ohne wesentlichem semantischem Verlust gelang. Ein einzelnes Merkmal, welches weder im DSM-5 noch in der ICD-10 zu finden ist, fügten wir hinzu, nämlich die „Familienanamnese Manie“. Damit soll berücksichtigt werden, dass das Vorkommen einer bipolaren Störung in der Familiengeschichte einer der beständigsten und stärksten Risikofaktoren darstellt. So haben Angehörige eines Betroffenen ein zehnfach erhöhtes Risiko, ebenfalls zu erkranken, wobei das Risiko mit der Nähe der Verwandtschaft wächst (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 177). Mit der Aufnahme dieses Merkmals in den Symptomkatalog wird zwar der Begriff des Symptoms dahingehend strapaziert, dass nicht mehr der Betroffene selbst der phänotypische Merkmalsträger ist, sondern Personen aus seiner Verwandtschaft. Auch dies kann aber als „Anzeichen“ verstanden werden, so dass die im Unterkapitel 1.3.1.3 etablierte Begriffsbestimmung des Symptoms hier trotzdem seine Gültigkeit behält.

In der Tabelle 3.25 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamt-

zahl der extrahierten Symptome im Bereich Manie beläuft sich auf 22. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.5).

Tabelle 3.25: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Bereich „Manie“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Hypomane Episode	Hypomanie (F30.0)	Bereich 04 – Manie	
abgegrenzte Periode		--- (enthalten in: Gehobene Stimmung bzw. über Verlauf zu bestimmen)	
≥4 aufeinanderfolgende Tage (...)	an ≥ 4 aufeinanderfolgenden Tagen	--- (enthalten in: Gehobene Stimmung bzw. über Verlauf zu bestimmen)	
abnorm und anhaltend gehobene Stimmung	Stimmung gehoben in einem für den Betroffenen abnormen Ausmaß	Gehobene Stimmung	1
abnorm und anhaltend expansive Stimmung		Expansive Stimmung	14
abnorm und anhaltend reizbare Stimmung	Stimmung gereizt in einem für den Betroffenen abnormen Ausmaß	Gereizte Stimmung	2
abnorm und anhaltend gesteigerte Aktivität	gesteigerte Aktivität	Gesteigerte Aktivität	3
abnorm und anhaltend gesteigerte Energie		Gesteigerte Energie	4
	motorische Ruhelosigkeit	Motorische Ruhelosigkeit	16
übersteigertes Selbstwertgefühl		Übersteigertes Selbstwertgefühl	12
Größenideen		--- (enthalten in: Überhöhte Selbsteinschätzung)	
vermindertes Schlafbedürfnis (fühlt sich z.B. nach 3h Schlaf ausgeruht)	vermindertes Schlafbedürfnis	Vermindertes Schlafbedürfnis	5
vermehrte Gesprächigkeit	gesteigerte Gesprächigkeit	Gesteigerte Gesprächigkeit	17
Rededrang		Rededrang	6
Ideenflucht		Ideenflucht	18

subjektives Gefühl des Gedankenrasens		Gedankenrasen	7
	Konzentrationsschwierigkeiten	--- (zu unspezifisch)	
erhöhte Ablenkbarkeit (Aufmerksamkeit wird zu leicht auf unwichtige oder irrelevante Außenreize gelenkt) (...)	Ablenkbarkeit	Ablenkbarkeit	19
	gesteigerte Libido	Gesteigerte Libido	8
Zunahme zielgerichteter Aktivitäten (im sozialen, beruflichen oder sexuellen Bereich; z.B. ungezügelter Einkaufen, sexuelle Abenteuer oder törichte geschäftliche Investitionen)	übertriebene Geldausgaben (Einkäufe)	Übersteigerte Betriebsamkeit	15
übermäßige Beschäftigung mit Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen (z.B. ungezügelter Einkaufen, sexuelle Abenteuer oder törichte geschäftliche Investitionen)	andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten	Fahrlässiges Verhalten	13
	gesteigerte Geselligkeit	Gesteigerte Geselligkeit	9
	übermäßige Vertraulichkeit	Übermäßige Vertraulichkeit	20
eindeutige und für den Betroffenen untypische Veränderung des Funktionsniveaus (...)	Beeinträchtigung der persönlichen Lebensführung	--- (im Bereich Disabilities)	
Episode nicht schwer genug, um deutliche soziale oder berufliche Funktionsbeeinträchtigungen zu verursachen		--- (im Bereich Disabilities)	
Manische Episode	Manie ohne psychotische Symptome (F30.1)		
abgegrenzte Periode von	Stimmungswechsel auffällig	--- (über Verlauf zu bestimmen)	
≥1 Woche Dauer (...)	≥ 1 Woche	--- (über Verlauf zu bestimmen)	
abnorm und anhaltend gehobene Stimmung	Stimmung vorwiegend gehoben, für den Betroffenen deutlich abnorm	--- (bereits enthalten)	

abnorm und anhaltend expansive Stimmung	Stimmung vorwiegend expansiv, für den Betroffenen deutlich abnorm	---	(bereits enthalten)
abnorm und anhaltend reizbare Stimmung	Stimmung vorwiegend gereizt, für den Betroffenen deutlich abnorm	---	(bereits enthalten)
abnorm und anhaltend gesteigerte zielgerichteter Aktivität	gesteigerte Aktivität	---	(bereits enthalten)
abnorm und anhaltend gesteigerte zielgerichtete Energie		---	(bereits enthalten)
	motorische Ruhelosigkeit	---	(bereits enthalten)
übersteigertes Selbstwertgefühl	überhöhte Selbsteinschätzung	---	(bereits enthalten)
Größenideen		---	(enthalten in: Überhöhte Selbsteinschätzung)
	Größenwahn		(im Bereich Psychosen)
vermindertes Schlafbedürfnis (...)	vermindertes Schlafbedürfnis	---	(bereits enthalten)
vermehrte Gesprächigkeit	gesteigerte Gesprächigkeit („Rededrang“)	---	(bereits enthalten)
Rededrang		---	(bereits enthalten)
Ideenflucht	Ideenflucht	---	(bereits enthalten)
subjektives Gefühl des Gedankenrasens	subjektives Gefühl von Gedankenrasen	---	(bereits enthalten)
erhöhte Ablenkbarkeit (...)	Ablenkbarkeit	---	(bereits enthalten)
	Verlust sozialer Hemmungen, was zu einem den Umständen unangemessenem Verhalten führt	Verlust sozialer Hemmung	21
	andauernder Wechsel von Aktivitäten	Häufiger Aktivitätenwechsel	10
	andauernder Wechsel von Plänen	Häufiger Wechsel von Plänen	11
Zunahme zielgerichteter Aktivitäten (...)		---	(bereits enthalten)
	gesteigerte Libido	---	(bereits enthalten)
	sexuelle Taktlosigkeit	---	(enthalten in: Verlust sozialer Hemmung)

übermäßige Beschäftigung mit Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen (...)	Tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen (z.B. Ausgeben von Lokalrunden, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren)	--- (enthalten in: <i>Fahrlässiges Verhalten</i>)
deutliche soziale oder berufliche Funktionsbeeinträchtigungen	schwere Störung der persönlichen Lebensführung	--- (im Bereich <i>Disabilities</i>)
Hospitalisierung zur Abwendung von Selbst- oder Fremdgefährdung		(im Bereich <i>Intensivmerkmale</i>)
Vorhandensein psychotischer Symptome		(im Bereich <i>Psychosen</i>)
	Familienanamnese Manie	22

3.2.4.6. Symptome der Depression

Was das Konzept der Störungskategorie Depression betrifft, zeichnete sich bei den von uns befragten Experten ein sehr heterogenes Bild ab: Prof. Hegerl (persönliche Kommunikation, 10. Oktober 2016) nannte als besonders charakteristische Symptome Schuldgefühle, ein Gefühl permanenter, innerer Anspannung, die zu einer Erschöpfung mit geringerer Einschlafneigung führt, das Gefühl der Gefühllosigkeit bzw. die Affektstarre sowie Suizidalität. Desweiteren kritisierte er die Semantik der ICD-10- bzw. DSM-5-Kriterien, die seiner Auffassung nach einige ungenaue Formulierungen aufweisen (vgl. Hegerl, 2014). So wollte er beispielsweise den verminderten Antrieb als Antriebshemmung verstanden wissen und nicht als Antriebsarmut. Prof. Hautzinger (persönliche Kommunikation, 2. November 2016) sah dagegen die Erscheinungsbilder von Depressionen in den diagnostischen Kriterien insgesamt gut repräsentiert. Als hervorstechende Merkmale stehen seiner Meinung nach bei den allermeisten depressiv Erkrankten die Niedergeschlagenheit und die Energielosigkeit im Vordergrund. In Bezug auf die Operationalisierung riet er uns zudem zur Orientierung am BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006), obwohl er insbesondere dessen abgestufte Ausformulierungen als fragwürdig erachtet. Prof. Wittchen (persönliche Kommunikation, 11. Oktober 2016) wiederum bezeichnete die Depression etwas salopp als „Auspuffgeräusch-Störung“ und den BDI-II als ein Instrument, das primär den aktuellen Grad der Demoralisation misst. Er merkte zudem an, dass Depressionen sich in vielen Fällen als sekundäre Folgestörung einer (oder mehrerer) anderen psychischen Störung entpuppen, wobei die aktuellen diagnostischen Verzeichnisse

für eine solche ursächliche Diagnostik keine Hand bieten würden. Prof. Bandelow (persönliche Kommunikation, 12. Oktober 2016) schließlich demonstrierte uns sehr anschaulich, dass er sich bei der diagnostischen Abklärung einer Depression sehr strikt an die ICD-10-Kriterien hält. Dabei unterscheidet er zusätzlich zwischen dem Somatischen Syndrom und einem psychotischen Syndrom, wobei sich für ihn „rote Linien“ in Bezug auf die Behandlung, insbesondere bei der Auswahl von Psychopharmaka ergeben.

Vor dem Hintergrund dieser in der Fachwelt vorherrschenden, teilweise sehr unterschiedlichen Auffassungen vom Konzept der Depression entschieden wir uns, die Symptomatik in einem ersten Schritt sehr differenziert aufzulösen. Dadurch sollte die Möglichkeit geschaffen werden, mögliche Subtypen oder behandlungsrelevante Teilaspekte im Sinne von Clustern oder Facetten (vgl. 1.4.2) abbilden zu können. Dazu gehörte unter anderem die Zergliederung des ICD-10-Kriteriums „Schlafstörungen jeder Art“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 136) in die Symptome „Einschlafstörung“, „Durchschlafstörung“, „Morgendliches Früherwachen“, „Unerholsamer Schlaf“ und „Hypersomnie“. Über die aus den diagnostischen Kriterien direkt abzuleitenden Symptome hinaus nahmen wir zwei zusätzliche Symptome in das Inventar auf, nämlich die aus dem BDI-II stammenden „Bestrafungsgefühle“ sowie die von Prof. Hegerl beschriebene „Antriebshemmung“. Die Antriebshemmung zeichnet sich – in Abgrenzung zum „Energieverlust“ – dadurch aus, dass die Betroffenen zwar eine hohe Anspannung verspüren, Dinge zu tun, was ihnen in der Umsetzung aber nicht gelingt. Die Bestrafungsgefühle sind als emotionale Folge von Schuldgefühlen zu verstehen.

Vereinzelte Symptome oder symptomhafte Beschreibungen nahmen wir nicht ins Inventar auf, weil sie entweder – wie im Fall der Konzentrationsstörungen – für diesen Bereich zu unspezifisch erschienen, oder weil sie sprachlich nicht hinreichend differenziert operationalisiert werden konnten. Letzteres war etwa bei „übermäßigen Schuldgefühlen“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 217) der Fall, die in der Bedeutung von „Unangemessenen Schuldgefühlen“ enthalten sind und keine weitere Differenzierung ermöglichen. Ähnliche Überschneidungen zeigten sich bei den Begriffen „Überessen“ (vs. „Gesteigerter Appetit“), „tiefe Mutlosigkeit“ (vs. „Hoffnungslosigkeit“), „Pessimismus“ (vs. „Hoffnungslosigkeit“) und „Verdrießlichkeit“ (vs. „Verzweiflung“ oder „Depressive Stimmung“). Schließlich teilten wir die Erhebung des Merkmals Suizidalität dahingehend auf, als dass eine ausführliche und differenzierte Exploration im Bereich Intensivmerkmale erfolgt (vgl. 3.2.4.21), im Bereich Depression dagegen der Vollständigkeit halber lediglich ein einzelnes Symptom („Todeswunsch“) enthalten ist. Der Grund für diese Aufteilung lag in der dadurch gewonnenen Möglichkeit, Suizidalität

als bereichsübergreifendes und gleichzeitig stark behandlungsrelevantes Merkmal unabhängig vom der Screening-Auswahl (vgl. 1.4.5) bei jedem Patienten standardmäßig zu erfassen.

In der Tabelle 3.26 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Bereich Depression beläuft sich auf 37. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.6).

Tabelle 3.26: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Bereich „Depressionen“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Major Depression	F32 (allg. Kriterien); F32.0	Bereich 05 – Depressionen	
depressive Verstimmung (...)	depressive Stimmung in einem für den Betroffene deutlich ungewöhnlichen Ausmaß (...)	Depressive Stimmung	1
deutlich vermindertes Interesse an (fast) allen Aktivitäten (...)	Interessensverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren	Interessenverlust	2
deutlich verminderte Freude an (fast) allen Aktivitäten (...)	Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren	Verlust von Freude	3
deutlicher Gewichtsverlust (...)	Appetitverlust (...) mit entsprechender Gewichtsveränderung	Gewichtsverlust	14
verminderter Appetit (...)	Appetitverlust (...)	Appetitverlust	15
gesteigerter Appetit (...)	gesteigerter Appetit (...)	Gesteigerter Appetit	16
Insomnie (...)	Schlafstörungen jeder Art	--- (ausdifferenziert)	
		Einschlafstörungen	9
		Durchschlafstörungen	10
		Unerholsamer Schlaf	11
Hypersomnie (...)		Hypersomnie	13
psychomotorische Unruhe (...)	psychomotorische Agitiertheit (...)	Psychomotorische Unruhe	18
psychomotorische Verlangsamung (...)	psychomotorische Hemmung (...)	Psychomotorische Verlangsamung	19

		Antriebshemmung	7
Müdigkeit (...)	gesteigerte Ermüdbarkeit	Ermüdbarkeit	5
Energieverlust (...)	verminderter Antrieb	Energieverlust	4
Gefühl von Wertlosigkeit (...)	Verlust des Selbstwertgefühls	Gefühl eigener Wertlosigkeit	26
	Verlust des Selbstvertrauens	Verlust des Selbstvertrauens	27
übermäßige Schuldgefühle (...)		--- (zu unspezifisch)	
unangemessene Schuldgefühle (...)	unangemessene Schuldgefühle	Unangemessene Schuldgefühle	28
	unbegründete Selbstvorwürfe	Unbegründete Selbstvorwürfe	29
		Bestrafungsgefühle	31
verminderte Fähigkeit zu denken (...)	vermindertes Denkvermögen	Vermindertes Denkvermögen	23
verminderte Fähigkeit sich zu konzentrieren (...)	vermindertes Konzentrationsvermögen	--- (zu unspezifisch)	
verringerte Entscheidungsfähigkeit (...)	Unentschlossenheit, Unschlüssigkeit	Entschlussunfähigkeit	22
wiederkehrende Gedanken an den Tod	wiederkehrende Gedanken an den Tod	(im Bereich Intensivmerkmale)	
wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan	wiederkehrende Gedanken an Suizid	(im Bereich Intensivmerkmale)	
tatsächlicher Suizidversuch	suizidales Verhalten	(im Bereich Intensivmerkmale)	
genaue Planung eines Suizids		(im Bereich Intensivmerkmale)	
		Todeswunsch	8
Zusatzcodierung „mit melancholischen Merkmalen“ Somatisches Syndrom			
Verlust der Freude an allen oder nahezu allen Aktivitäten	Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten	--- (bereits enthalten)	
	deutlicher Interessenverlust	--- (bereits enthalten)	
Verlust der affektiven Reagibilität auf normalerweise angenehme Stimuli	mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, auf die normalerweise reagiert wurde	Verlust affektiver Reagibilität	35
tiefe Mutlosigkeit		--- (nicht operationalisierbar)	
Verzweiflung		Verzweiflung	33

Verdrießlichkeit		--- (nicht operationalisierbar)	
Gefühl der Gefühllosigkeit		Gefühl der Gefühllosigkeit	34
Morgentief	Morgentief	Tagesschwankungen mit Morgentief	36
morgendliches Früherwachen	Früherwachen (≥ 2 h)	Früherwachen	12
deutliche psychomotorische Unruhe	objektiver Befund einer ausgeprägten psychomotorischen Agitiertheit	--- (bereits enthalten)	
deutliche psychomotorische Verlangsamung	ausgeprägte psychomotorische Hemmung	--- (bereits enthalten)	
deutliche Appetitlosigkeit	deutlicher Appetitverlust	--- (bereits enthalten)	
Gewichtsverlust	Gewichtsverlust ($\geq 5\%$)	--- (bereits enthalten)	
Schuldgefühle (unangemessen oder übermäßig)		--- (bereits enthalten)	
	deutlicher Libidoverlust	Verlust an sexuellem Interesse	37
Zusatzcodierung "mit Angst"			
Gefühl der Überreiztheit		Reizbarkeit	17
Gefühl der Anspannung		Innere Anspannung	20
Gefühl ungewöhnlicher Ruhelosigkeit		Innere Unruhe	21
Konzentrationschwierigkeiten aufgrund von Sorgen		--- (nicht operationalisierbar)	
Befürchtungen, dass etwas Furchtbares passieren könnte		(im Bereich Angststörungen)	
Gefühl, dass die Person die Kontrolle über sich verlieren könnte		(im Bereich Angststörungen)	
Persistierende depressive Störung F34.1 (Dysthymia)			
depressive Verstimmung (...) über ≥ 2 Jahre (...)		--- (bereits enthalten, bzw. über Verlauf zu bestimmen)	
schlechter Appetit		--- (bereits enthalten)	
Überessen		--- (nicht operationalisierbar)	
Insomnie	ausgeprägte Schlafstörungen	--- (bereits enthalten)	
Hypersomnie		--- (bereits enthalten)	

geringe Energie	verminderter Antrieb	--- (bereits enthalten)	
	verminderte Aktivität	--- (bereits enthalten)	
Erschöpfungsgefühle		Erschöpfung	6
geringes Selbstbewusstsein	Gefühl von Unzulänglichkeit	Geringes Selbstbewusstsein	30
	Verlust des Selbstvertrauens	--- (bereits enthalten)	
Konzentrationschwierigkeiten	Konzentrationschwierigkeiten	--- (zu unspezifisch)	
Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen		--- (bereits enthalten)	
Gefühle der Hoffnungslosigkeit	Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung	Hoffnungslosigkeit	25
	Neigung zum Weinen	Weinen	32
	Verlust des Interesses oder Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten	--- (bereits enthalten)	
	erkennbares Unvermögen mit den Routineanforderungen des tägl. Lebens fertig zu werden	--- (nicht operationalisierbar bzw. im Bereich Disabilities)	
	Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft	--- (nicht operationalisierbar)	
	Grübeln über die Vergangenheit	Rumination	24
	sozialer Rückzug	--- (im Bereich Disabilities)	
	verminderte Gesprächigkeit	(im Bereich Psychosen)	

3.2.4.7. Symptome der Somatoformen Störungen

Vergleicht man die diagnostischen Kriterien der Somatischen Belastungsstörungen aus dem DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 421–448) mit denjenigen der somatoformen Störungen aus der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 187–197), so fällt als erstes auf, dass die DSM-5-Kriterien sowohl inhaltlich als auch vom Umfang her deutlich schlanker ausfallen. Desweiteren zeigt sich, dass es bei den einzelnen Aspekten der Formulierungen nur relativ wenige Überschneidungen zwischen DSM-5 und ICD-10 gibt. Das liegt – wie uns Prof. Peter Henningsen (persönliche Kommunikation, 11. Januar 2017) erklärte – daran, dass bei der Ausgestaltung der DSM-5-Kriterien eine gewisse Neuorientierung stattgefunden hat:

Während die Konzeptionen im alten DSM-IV (APA, 1994) sowie in der aktuell noch gültigen ICD-10 um das zentrale Kriterium der organischen Unerklärbarkeit von somatischen Symptomen herum aufgebaut waren, hat man dieses im DSM-5 (APA, 2013) vollständig fallengelassen. Hinzugekommen sind dagegen etliche psychologische und verhaltensbezogene Aspekte wie Einschränkungen in der Lebensführung, eine exzessive Beschäftigung mit den somatischen Symptomen oder damit einhergehende, starke Gesundheitssorgen. Demgegenüber sind in der ICD-10 noch sehr ausführliche Schilderungen zu finden, um die Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung somatischer Beschwerden und einer fehlenden organischen Ursache möglichst dingfest und quantifizierbar zu machen.

Da das Klenico-System aus praktischen wie auch aus wirtschaftlichen Gründen die ICD-10-Diagnostik zwingend mit abbilden muss (vgl. 2.2.4.3), führte kein Weg daran vorbei, die wissenschaftlich überholten und diagnostisch letztlich zu eng gefassten Konzepte in diesem Bereich mit zu berücksichtigen. Konkret bedeutete dies, dass wir neben dem zentralen Symptom „Somatische Beschwerden“ auch Merkmale wie „Fehlende organische Erklärbarkeit“, „Häufige Arztbesuche“ oder „Inakzeptanz ärztlicher Erklärung“ als Symptome konzipierten. Im ersten Moment mögen diese Benennungen etwas irritieren, zumal ein Symptom ja ein Anzeichen für eine Krankheit darstellen soll, nicht für das Verhalten im Rahmen einer Therapie. Allerdings ist es für Ausprägungen dieser Störungen gerade charakteristisch, dass das Verhältnis zwischen Patient und Therapeut von Missverständnissen, von Frustrationen und bisweilen sogar von Misstrauen geprägt ist, deren Ursächlichkeiten im Übrigen nicht nur der Patientenseite zuzuschreiben sind, sondern oft genug auch in historisch (und epistemisch) bedingten Verwerfungslinien zwischen medizinischen Teildisziplinen gründen (Henningsen, persönliche Kommunikation, 11. Januar 2017). Vor dem Hintergrund dieses Verständnisses transformierten wir beispielsweise auch die Formulierung „hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 189), welche die Perspektive (und die Deutungshoheit) des behandelnden Arztes in den Vordergrund stellt, in die Sichtweise des Patienten, der nach einer Begründung für seine Beschwerden sucht, und nannten das entsprechende Symptom „Unbefriedigende Erklärung“.

Die Aspekte der übrigen Kriterien aus dem DSM-5 konnten wir im Wesentlichen mit drei Symptomen abdecken, nämlich „Gedankenkreisen um Beschwerden“, „Gesundheitssorgen“ und „Aufwand bzgl. Beschwerden“. Darüber hinaus nahmen wir insgesamt fünf weitere Symptome ins Inventar auf, die zwar in dieser Form weder in der ICD-10 noch im DSM-5 zu

finden sind, sich aber gemäß Prof. Henningsens Erläuterungen in der Praxis immer wieder als besonders charakteristisch herausstellen (Henningsen, persönliche Kommunikation, 11. Jan. 2017). Das waren namentlich ein „Körperzentriertes Erklärungsmodell“, aufgrund dessen die Patienten ihre Symptome zu verstehen versuchen, und das oft mit einer „Geringen Selbstwirksamkeit“ einhergeht, also dem Gefühl, selbst machtlos gegenüber den Beschwerden zu sein. Ferner findet sich bei Patienten oft das Denkmuster einer „Katastrophisierung“ sowie eine „Überzeugung gesundheitlicher Schwäche“, was wiederum zur „Vermeidung körperlicher Belastung“ führen kann.

Alsdann stellte sich die grundlegende Frage, ob und in welchem Umfang bzw. in welchem Detailliertheitsgrad körperliche Beschwerden im Klenico-System überhaupt erfasst werden sollten. Während die ICD-10 diesbezüglich sehr genaue Auflistungen vorgibt, sind im DSM-5 kaum entsprechende Angaben zu finden. Hinzu kommt, dass das Klenico-System ja nicht darauf ausgelegt ist, einen medizinisch belastbaren somatischen Befund über die verschiedenen Organsysteme zu erheben, und dass es diesen Eindruck auch gar nicht erwecken sollte. Bei unserer Entscheidung berücksichtigten wir aber insbesondere Prof. Henningsens Einschätzung, dass es hilfreich und nützlich wäre, zumindest eine grobe Orientierung zu bekommen, welche körperlichen Beschwerden bei einem bestimmten Patienten im Vordergrund stehen (Henningsen, persönliche Kommunikation, 11. Jan. 2017). Auch machte er uns verständlich, dass es für eine erfolgreiche Behandlung wichtig ist, den Patienten in seinem Beschwerdeempfinden ernst zu nehmen, und dessen Erklärungsansätze gegebenenfalls auch stehen zu lassen. Deshalb entschieden wir uns, eine relativ detaillierte Erfassung körperlicher Beschwerden einzubauen, diese aber als Subspezifikationen (vgl. 2.2.2.3) in Gruppen zusammenzufassen und übergeordneten Symptomen zuzuweisen. Auf diese Weise war es möglich, insgesamt 51 einzelne somatische Beschwerdeschilderungen in das Klenico-System zu integrieren, die aber auf lediglich 8 Symptome verteilt sind, so dass in einer entsprechenden Symptomkarte (vgl. 1.4.2) eine gute Übersichtlichkeit gewahrt bleibt, ohne auf Detailliertheit verzichten zu müssen.

Bei der Inventarisierung der Beschwerdeschilderungen orientierten wir uns einerseits an der ICD-10, wo solche insbesondere bei der Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und bei der somatoformen autonomen Funktionsstörung (ICD-10: F45.3) aufgelistet sind, andererseits aber auch am sogenannten Screening für Somatoforme Störungen (SOMS; Rief, Hiller & Heuser, 1997), einem im deutschsprachigen Raum weit verbreiteten Selbstbeurteilungsverfahren. Inhaltlich waren diese beiden Quellen letztlich weitgehend deckungsgleich, zumal sich

das SOMS am alten DSM-IV (APA, 1994) orientiert, wo die Konzepte der Somatoformen Störungen wiederum ähnlich zu diejenigen in der ICD-10 sind. Einen weiteren Deckungsbereich ergab sich schließlich zwischen dem SOMS (Rief, Hiller & Heuser, 1997) und der „Konversionsstörung“ aus dem DSM-5, bei der pseudo-neurologische Beschwerden wie Lähmungen, Gleichgewichtsstörungen, aber auch Stimmverlust oder das Sehen von Doppelbildern im Vordergrund stehen. Wir ergänzten die im DSM-5 erwähnten Beschwerden mit solchen, die zusätzlich im SOMS zu finden sind, nämlich „Schwindel“, „Blindheit“, „Verlust des Hörvermögens“, „Gedächtnisverlust“ sowie „Empfundene Bewusstlosigkeit“, die sich von einer echten Bewusstlosigkeit dadurch abgrenzen lässt, dass sich die Patienten dabei weder auf die Zunge beißen, noch Einnässen, und sich bei Stürzen in der Regel auch nicht verletzen (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 185). Konzeptionell ist der Übergang von den Konversionsstörungen gemäß DSM-5 zu den dissoziativen Störungen fließend, was wir bei den entsprechenden übergeordneten Symptomen „Willkürmotorik“ und „Sensorik“ für den Diagnostiker auch vermerkten (vgl. 3.2.5.7).

Die Kriterien der „anhaltende Schmerzstörung“ (ICD-10: F45.4) konnten wir mit dem Symptom „Schmerzen“, zu dem wir insgesamt sieben Subspezifikationen konzipierten, sowie das bereits bestehende Symptom „Gedankenkreisen um Beschwerden“ hinreichend abdecken. Einige Aspekte in den diagnostischen Kriterien erachteten wir dagegen als nicht operationalisierbar. Das war beispielsweise bei der „somatoformen autonomen Funktionsstörung“ (ICD-10: F45.3) der Fall, wo zu lesen ist: „Symptome der autonomen (vegetativen) Erregung, die von den Patienten einer körperlichen Krankheit in einem der folgenden Systeme oder Organe zugeordnet werden (...)“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 191). Um dieser Formulierung gerecht zu werden, müsste bei einem individuellen Patienten zunächst nachgewiesen werden können, dass es sich bei seinen Beschwerden tatsächlich ausschließlich um eine vegetative Erregung handelt, was grundsätzlich ein schwieriges medizinisches Unterfangen darstellt. Eine pragmatischere Interpretation läuft dann aber wieder darauf hinaus, dass es für die vom Patienten vermutete Ursache keine entsprechenden medizinischen Befunde gibt, was mit der hier konzipierten Symptomstruktur bereits gut abgedeckt werden kann. Ein weiteres Beispiel für eine fehlende Operationalisierbarkeit betrifft die „hypochondrische Störung“ (ICD-10: F45.2) mit dem Wortlaut: „eine mindestens sechs Monate anhaltende Überzeugung, an höchstens zwei schweren körperlichen Krankheiten (...) zu leiden“. In dieser Formulierung fehlt letztlich der entscheidende Punkt, nämlich das Ausbleiben eines medizinischen Befundes, der die Überzeugung des Patienten angemessen erscheinen lassen würde. In der zitierten

Form trifft das Kriterium nämlich auch zu, wenn der Patient die betreffende Krankheit tatsächlich hat, und dann ist die Überzeugung ja keineswegs mehr ein Symptom der Hypochondrie, sondern Ausdruck eines gesunden Realitätssinns. Einfacher, klarer und vollständiger ist dagegen die entsprechende Formulierung aus dem DSM-5 zur „Krankheitsangststörung“, nämlich „übermäßige Beschäftigung damit, eine ernsthafte Krankheit zu haben oder zu bekommen“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 430).

In der Tabelle 3.20 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Bereich der Somatoformen Störungen beläuft sich auf 26. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.7).

Tabelle 3.27: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Bereich „Somatoforme Störungen“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Somatische Belastungsstörung	F45.0 Somatisierungsstörung	Bereich 06 – Somatoforme Störungen	
eines oder mehrere somatische Symptome, die belastend sind (...)	eine Vorgeschichte von mindestens zwei Jahren mit anhaltenden Klagen über multiple und wechselnde körperliche Symptome (...)	Somatische Beschwerden	1
	[die körperlichen Symptome können] durch keine diagnostizierbare körperliche Krankheit erklärt werden	Fehlende organische Erklärung	22
	eventuell vorliegende bekannte körperliche Krankheiten erklären nicht die Schwere, das Ausmaß, die Vielfalt und die Dauer der körperlichen Beschwerden oder die damit verbundene soziale Behinderung	--- (enthalten in: <i>Fehlende organische Erklärung</i>)	
	wenn einige vegetative Symptome vorliegen, bilden sie nicht das Hauptmerkmal der Störung, d.h. sie sind nicht besonders anhaltend oder belastend	--- (enthalten in: <i>Fehlende organische Erklärung</i>)	
	die ständige Beschäftigung mit den Symptomen führt zu andauerndem Leiden (...)	--- (enthalten in: <i>Somatische Beschwerden</i>)	

die ständige Beschäftigung mit den Symptomen führt (...) dazu, dass die Patienten mehrfach (drei oder mehrmals) um Konsultationen oder Zusatzuntersuchungen in der Primärversorgung oder beim Spezialisten nachsuchen	Häufige Arztbesuche	25
wenn aus finanziellen oder geographischen Gründen medizinische Einrichtungen nicht erreichbar sind, kommt es zu andauernder Selbstmedikation oder mehrfachen Konsultationen bei örtlichen Laienheilern	--- (enthaltene in: Häufige Arztbesuche, bzw. im Bereich Medikamentenabhängigkeit)	
hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt	Unbefriedigende Erklärung	4
nur vorübergehende Akzeptanz der medizinischen Feststellung, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt	Inakzeptanz ärztlicher Erklärung	24
vorübergehende Akzeptanz der ärztlichen Mitteilung allenfalls für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen oder unmittelbar nach einer medizinischen Untersuchung (...)	--- (enthaltene in: Inakzeptanz ärztlicher Erklärung)	
eines oder mehrere somatische Symptome, (...) die zu erheblichen Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung führen	--- (im Bereich Disabilities)	
exzessive Gedanken (...) bezüglich der somatischen Symptome	Gedankenkreisen um Beschwerden	5
exzessive (...) Gefühle (...) bezüglich der somatischen Symptome	--- (enthaltene in: Gesundheitssorgen)	
exzessive (...) Verhaltensweisen bezüglich der somatischen Symptome	--- (enthaltene in: Aufwand bzgl. Beschwerden)	
[mit somatischen Symptomen] eingehende Gesundheitssorgen (...)	Gesundheitssorgen	2
unangemessene und andauernde Gedanken bezüglich der Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome	--- (enthaltene in: Gedankenkreisen um Beschwerden)	

anhaltende stark ausgeprägte Ängste in Bezug auf die Gesundheit oder die Symptome	---	(enthalten in: Gesundheitssorgen)	
exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome oder Gesundheitssorgen aufgebracht werden	Aufwand bzgl. Beschwerden		3
obwohl keines der einzelnen somatischen Symptome durchgängig vorhanden sein muss, ist der Zustand der Symptombelastung persistierend (typischerweise länger als 6 Monate)	---	(in Item-Formulierungen enthalten)	
	Geringe Selbstwirksamkeit		7
	Überzeugung gesundheitlicher Schwäche		8
	Körperzentriertes Erklärungsmodell		9
	Vermeidung körperlicher Belastung		10
	Katastrophisierung		11
Gastro-intestinale Symptome	Oberer Gastrointestinaltrakt		12
schlechter Geschmack im Mund	SU: Schlechter Geschmack im Mund		
extrem belegte Zunge	---	(enthalten in: Schlechter Geschmack im Mund)	
	SU: Schluckstörungen		
Klagen über Regurgitation	SU: Regurgitation		
	Mittlerer Gastrointestinaltrakt		13
Bauchschmerzen	---	(zu unspezifisch)	
Übelkeit	SU: Übelkeit		
Gefühl von Überblähung	SU: Völlegefühl		
Klagen über Erbrechen	SU: Erbrechen		
	SU: Lebensmittel-Unverträglichkeit		
	Unterer Gastrointestinaltrakt		14

Klagen über häufigen Durchfall	SU: Häufiger Durchfall	
Klagen über (...) Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus	SU: Flüssigkeitsaustritt aus Darm	
	SU: Schmerzen im Enddarm	
Dysurie	SU: Dysurie	
Klagen über die Miktionshäufigkeit	SU: Erhöhte Miktionsfrequenz	
	SU: Schmerzen beim Wasserlassen	
Kardio-vaskuläre Symptome	Kardio-vaskuläre Beschwerden	15
Atemlosigkeit ohne Anstrengung	SU: Atemnot ohne Anstrengung	
Brustschmerzen	SU: Brustschmerzen	
	SU: Veränderungen der Haut	
Urogenitale Symptome	Urogenitale Symptome	16
unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich	SU: Missempfindungen Genitalbereich	
Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluss	SU: Abnormer Vaginaler Ausfluß	
	SU: Impotenz	
	SU: Problematische Regelblutungen	
Haut- und Schmerzsymptome	Schmerzen	17
Schmerzen in Extremitäten	SU: Schmerzen in Extremitäten	
Schmerzen in Gelenken	SU: Gelenkschmerzen	
Schmerzen in Gliedern	--- (enthalten in: Schmerzen in Extremitäten)	
	SU: Muskelschmerzen	
	SU: Kopf- oder Gesichtsschmerzen	
	SU: Rückenschmerzen	
	SU: Schmerzen Geschlechtsverkehr	

	SU: Bauchschmerzen	
Klagen über Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut	--- (enthalten in: Kardio-vasculäre Beschwerden)	
	Sensorik	18
Kribbelgefühl	SU: Kribbelempfinden	
unangenehme Taubheit	SU: Sensorische Ausfälle	
	SU: Ohrgeräusche	
Krankheitsangststörung	F45.2 hypochondrische Störung	
übermäßige Beschäftigung damit, eine ernsthafte Krankheit zu haben	Hypochondrische Angst	26
übermäßige Beschäftigung damit, eine ernsthafte Krankheit zu bekommen	--- (enthalten in: Hypochondrische Angst)	
eine mindestens sechs Monate anhaltende Überzeugung, an höchstens zwei schweren körperlichen Krankheiten (...) zu leiden	--- (nicht operationalisierbar bzw. enthalten in: Hypochondrische Angst) IST KEIN SYMPTOM!!!	
anhaltende Beschäftigung mit einer vom Betroffenen angenommenen Entstellung oder Missbildung (dysmorphophobe Störung)	Missbildung	21
körperliche Symptome liegen nicht vor	--- (enthalten in: Hypochondrische Angst)	
körperliche Symptome liegen nur in geringer Intensität vor	--- (enthalten in: Hypochondrische Angst)	
besteht eine andere Krankheit oder ein hohes Risiko, eine solche zu entwickeln (...), so ist die übermäßige Beschäftigung eindeutig übertrieben oder unverhältnismäßig	--- (enthalten in: Gesundheitssorgen)	
es bestehen stark ausgeprägte Ängste hinsichtlich der Gesundheit	--- (enthalten in: Gesundheitssorgen)	
die Person ist leicht bezüglich ihres eigenen Gesundheitszustandes zu beunruhigen	--- (enthalten in: Gesundheitssorgen)	
die Person führt übertriebene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen aus (z.B. wiederholtes Kontrollieren ihres eigenen Körpers nach Krankheitszeichen)	Kontrolle Krankheitszeichen	6

[die Person] zeigt maladaptives Vermeidungsverhalten (z.B. vermeidet Arztbesuche und Krankenhäuser)	---	(nicht operationalisierbar)
die ständige Sorge um diese Überzeugung und um die Symptome verursacht andauerndes Leiden oder eine Störung des alltäglichen Lebens (...)	---	(im Bereich Disabilities)
die ständige Sorge um diese Überzeugung und um die Symptome (...) veranlasst die Patienten, um medizinische Behandlungen oder Untersuchungen (...) nachzusehen	---	(enthalten in: Häufige Arztbesuche)
hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome (...) vorliegt	---	(enthalten in: Unbefriedigende Erklärung)
nur vorübergehende Akzeptanz der medizinischen Feststellung, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt	---	(enthalten in: Inakzeptanz ärztlicher Erklärung)
vorübergehende Akzeptanz der ärztlichen Mitteilung allenfalls für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen oder unmittelbar nach einer medizinischen Untersuchung (...)	---	(enthalten in: Inakzeptanz ärztlicher Erklärung)
F45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung		
A: Symptome der autonomen (vegetativen) Erregung, die von den Patienten einer körperlichen Krankheit in einem der folgenden Systeme oder Organe zugeordnet werden:	---	(nicht operationalisierbar)
Herz und kardiovaskuläres System	---	(enthalten in: Kardio-vasculäre Beschwerden)
oberer Gastrointestinaltrakt (Ösophagus, Magen)	---	(enthalten in: Oberer Gastrointestinaltrakt)
unterer Gastrointestinaltrakt	---	(enthalten in: Unterer Gastrointestinaltrakt)
respiratorisches System	---	(enthalten in: Kardio-vasculäre Beschwerden)

Urogenitalsystem	--- (enthalten in: Urogenitale Symptome)	
Palpitationen	SU: Herzrasen / Herzstolpern	
Schweißausbrüche (heiß oder kalt)	SU: Schweißausbrüche	
Mundtrockenheit	SU: Ständige Mundtrockenheit	
Hitzewallungen oder Erröten	SU: Hitzewallungen / Erröten	
Druckgefühl im Epigastrium, Kribbeln oder Unruhe in der Magengegend	SU: Beschwerden Epigastrium	
Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend	SU: Druckgefühl in der Herzgegend	
Dyspnoe oder Hyperventilation	SU: Hyperventilation	
außergewöhnliche Ermüdbarkeit bei leichter Anstrengung	Erschöpfung	20
Singultus	SU: Schluckauf	
brennendes Gefühl im Brustkorb oder im Epigastrium	SU: Magenbrennen	
Aerophagie	SU: Aerophagie	
Bericht über häufigen Stuhlgang	SU: Häufiger Stuhlgang	
erhöhte Miktionsfrequenz	--- (enthalten in: Unterer Gastrointestinaltrakt)	
Dysurie	--- (enthalten in: Unterer Gastrointestinaltrakt)	
Gefühl der Überblähung oder Völlegefühl	--- (enthalten in: Mittlerer Gastrointestinaltrakt)	
Kein Nachweis einer Störung von Struktur oder Funktion der Organe oder Systeme, über welche der Patient sich Sorgen macht	--- (enthalten in: Fehlende organische Erklärung)	
Konversionsstörung (Störung mit funktionellen neurologischen Symptomen)		
eines oder mehrere Symptome veränderter willkürmotorischer (...) Funktionen	Willkürmotorik	19
eines oder mehrere Symptome veränderter (...) sensorischer Funktionen	(im Bereich Belastungsstörungen)	

klinische Befunde belegen, dass die Symptomatik nicht mit bekannten neurologischen oder körperlichen Störungen in Einklang steht	Fehlende neurologische Erklärung	23
das Symptom oder Defizit können [sic] nicht besser durch eine andere körperliche oder psychische Erkrankung erklärt werden	--- (enthalten in: <i>Fehlende organische Erklärung</i>)	
das Symptom oder Defizit verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen (...)	--- (im Bereich <i>Disabilities</i>)	
das Symptom oder Defizit (...) erfordert eine medizinische Abklärung	--- (enthalten in: <i>Häufige Arztbesuche</i>)	
Zusatzkodierung „mit Schwäche / Lähmung“	SU: Lähmungen	
Zusatzkodierung „mit motorischen Symptomen“ (z.B. Tremor, Dystonie, Myoklonie, Gangstörung)	SU: Gleichgewichtsstörungen	
	SU: Schwindel	
Zusatzkodierung „mit Schluckstörungen“	--- (enthalten in: <i>Oberer Gastrointestinaltrakt</i>)	
Zusatzkodierung „mit Auffälligkeiten der Sprache“ (z.B. Dysphonie, verwaschene Sprache)	SU: Stimmverlust	
Zusatzkodierung „mit Krämpfen oder Anfällen“	SU: Krampfanfälle	
	SU: Empfundene Bewußtlosigkeit	
Zusatzkodierung „mit Taubheit oder sensorischen Ausfällen“	--- (enthalten in: <i>Sensorik</i>)	
	SU: Gedächtnisverlust	
Zusatzkodierung „mit speziellen sensorischen Symptomen“ (z.B. visuelle, olfaktorische oder Hörstörungen)	SU: Doppelbilder	
	SU: Blindheit	
	SU: Verlust des Hörvermögens	
Zusatzkodierung „mit gemischtem Erscheinungsbild“	--- (ausdifferenziert)	

F45.4 anhaltende Schmerzstörung		
	mindestens sechs Monate kontinuierlicher, an den meisten Tagen anhaltender, schwerer und belastender Schmerz in einem Körperteil, der nicht adäquat durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden kann	--- (enthalten in: Schmerzen)
	Schmerz (...), der anhaltend der Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Patienten ist	--- (enthalten in: Gedankenkreisen um Beschwerden)

Abkürzungen: SU = Subspezifikation

3.2.4.8. Symptome der Zwänge

Die diagnostischen Kriterien zur Zwangsstörung fokussieren sowohl im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 322–323) als auch in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 168–169) im Grunde auf lediglich zwei Symptome, nämlich Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Letztere werden im DSM-5 differenziert in zwanghafte Verhaltensweisen wie z.B. Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren, sowie zwanghafte mentale Handlungen wie z.B. Beten, Zählen, Wörter lautlos wiederholen. In den weiteren Erläuterungen, was unter den beiden übergeordneten Symptomen zu verstehen sei, gibt es zwischen dem DSM-5 und der ICD-10 aber einige Differenzen: Erstens stellt die ICD-10 die Forderung, dass die Zwangsgedanken und -handlungen als unangenehm, jedoch nicht als eingegeben empfunden werden, was eine Abgrenzung zu psychotischen Symptomen ermöglichen soll. Das DSM-5 verzichtet auf einen solchen Abgrenzungsansatz, expliziert dagegen, dass die Gedanken als aufdringlich und ungewollt empfunden werden und meistens ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervorrufen. Zweitens sollte gemäß ICD-10 mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung vom Betroffenen als übertrieben und unsinnig anerkannt werden. Auch dieser Aspekt fällt im DSM-5 weg, dafür wird detaillierter ausgeführt, was in der ICD-10 unter dem Begriff des Widerstands gegen die Zwangsgedanken subsumiert ist, nämlich der Versuch, die Gedanken zu ignorieren oder zu neutralisieren. Drittens verlangt die ICD-10, dass die Ausführung der Zwangsgedanken oder -handlungen für sich genommen nicht angenehm sei. Im DSM-5 ist hierzu kein direktes Äquivalent zu finden, jedoch wird erwähnt, dass sich die betroffene Person zu den wiederholten Verhaltensweisen gezwungen fühlt. Insgesamt stellen die Kriterien des DSM-5 deutlichere Bezüge zur einer in Zusammenhang mit Zwängen

empfundenen Angst oder eines Unbehagens her, wobei insbesondere das Ausführen von Zwangshandlungen dazu dient, die Angst oder das Unbehagen zu verhindern, zu reduzieren oder zu neutralisieren. Was die Zeitkriterien anbelangt, stellt die ICD-10 die Forderung, dass die Symptomatik über den Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen muss, während sich das DSM-5 lediglich auf die Zeitintensität bzw. auf dadurch entstehendes Leid und Beeinträchtigungen bezieht.

Aufgrund dieser im Detail doch deutlich voneinander abweichenden Konzeptionen trafen wir in Bezug auf die Extraktion von Symptomen zwei grundlegende Entscheidungen: Erstens sollten neben den zentralen Symptombegriffen der Zwangsgedanken und der Zwangshandlungen auch die sie definierenden bzw. konkretisierenden Merkmale in den Klenico-Katalog aufgenommen werden und zwar sowohl die Spezifika der ICD-10 als auch diejenige des DSM-5. Zweitens stellten wir die konkretisierenden Merkmale auf dieselbe semantische Hierarchiestufe wie die beiden an sich übergeordneten Symptombegriffe der Zwangsgedanken und der Zwangshandlungen. Was auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinen mag, findet seine Begründung in der geplanten Implementierung des NMDS-Verfahrens (vgl. 1.4.1): Im Rahmen einer empirischen Validierung anhand einer ausreichend großen Stichprobe sollten die zu erwartenden Interkorrelationen zwischen den konkretisierenden Merkmalen und den übergeordneten Symptombegriffen dazu führen, dass die konkretisierenden Merkmale relativ enge Cluster um die übergeordneten Symptombegriffe bilden. Somit wird in der Anwendung einer NMDS die semantische Hierarchie gewissermaßen ersetzt durch die Zentralität in der Clusterbildung. Im Hinblick auf die diagnostische Praxis ermöglicht die hierarchische Gleichbehandlung aber auch eine Überprüfung, ob die verschiedenen Teilaspekte der beiden klinischen Symptome beim Patienten vorliegen. Darüber hinaus ermöglichte dies auch das Hinzuziehen weiterer, in den DSM-5- und den ICD-10-Kriterien nicht enthaltener Merkmale. Gleichzeitig berücksichtigten wir die semantische Hierarchie, indem wir die übergeordneten Symptome Zwangsgedanken und Zwangshandlungen als Screening-Items konzipierten (vgl. 1.5.2).

Der Begriff der Zwangsgedanken wird in den DSM-5- und ICD-10-Kriterien mit den Begriffen Ideen, Vorstellungen und Impulse in Verbindung gebracht, ohne dass die Begriffe zueinander abgegrenzt oder die Zusammenhänge zwischen ihnen erläutert würden. Das DSM-5 ordnet außerdem mentale Handlungen den Zwangshandlungen zu. Aus diesen begrifflichen Konglomeraten extrahierten wir drei Symptome, nämlich „Zwangsgedanken“,

„Zwanghafte Vorstellungen“ und „Zwangshandlungen“. Aus phänomenologischer Perspektive schien uns der Begriff der Idee zu wenig deutlich vom umfassenderen Begriff des Gedankens abgrenzbar, weshalb wir ihn nicht weiter berücksichtigten. Der Begriff der Vorstellung dagegen impliziert ein aktiveres und szenisch mehr ausgestaltetes Imaginieren als der Begriff des Gedankens, sodass wir „Zwanghafte Vorstellungen“ als weiteres Symptom gesondert aufführten. Der Begriff des Impulses schien uns phänomenologisch indes nicht wirklich zutreffend: Prof. Voderholzer (persönliche Kommunikation, 12. Januar 2017), den wir zum Bereich der Zwänge ausführlich befragten, schilderte uns eine Reihe von Beispielen, bei denen sich die Betroffenen zwar vor einem starken inneren Impuls fürchteten, dieser letztlich aber immer nur indirekt – eben über die Furcht davor bzw. die Zwangshandlung dagegen – zum Ausdruck kam. Insofern tritt phänomenologisch also der „Zwangsgedanke“ oder die „Zwanghafte Vorstellung“ an die Stelle des Impulses. Der Begriff der mentalen Handlung schließlich ist aus Sicht der Betroffenen phänomenologisch eher den „Zwangsgedanken“ zuzuordnen, zumal solche gedanklichen Rituale ja eben deshalb unternommen werden, damit im Bereich der gegenständlichen Realität die befürchteten Handlungen oder Ereignisse ausbleiben. Deshalb verzichteten wir diesbezüglich auf ein eigenständiges Symptom und operationalisierten die beiden kognitionsbezogenen Symptome („Zwangsgedanken“ und „Zwangsvorstellungen“) so, dass sie mentale Handlungen miteinschlossen. Von den drei resultierenden Symptomen unterteilten wir zwei, nämlich die „Zwangsgedanken“ und die „Zwangshandlungen“, in Subspezifikationen. Dies soll es ermöglichen, die am häufigsten auftretenden Zwangsgedanken bzw. Zwangshandlungen direkt in der Selbstauskunft zu erheben. Anhaltspunkte dafür waren die im DSM-5 erwähnten Beispiele sowie die Screening-Fragen der britischen NICE-Guidelines zu Zwangsstörungen (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2006). Da aber den individuellen Ausprägungsarten der Zwangssymptome im Grunde kaum Grenzen gesetzt sind, stellten wir jeweils eine Restkategorie zur Verfügung.

Ergänzend zu den aus den DSM-5- und ICD-10-Kriterien direkt abgeleiteten Symptomen nahmen wir zwei zusätzliche Symptome mit in den Symptomkatalog auf, die Prof. Voderholzer (persönliche Kommunikation, 12. Januar 2017) als besonders typisch und wichtig für das Verständnis von Zwangsstörungen hervorgehoben hatte: Das „Not-Just-Right-Gefühl“ betrifft eine grundlegende Verunsicherung in Bezug auf die korrekte Wahrnehmung der Realität, insbesondere auf die Vollständigkeit von unmittelbar zurückliegenden, eigenen Handlungen. Die „Gedanken-Handlungs-Fusion“ bezeichnet eine unzureichende Abgrenzung zwischen einer tatsächlichen Handlung und der rein gedanklichen Vorstellung einer Hand-

lung. Schließlich führt das DSM-5 im Kapitel zu Zwangsstörungen vier eng damit in Zusammenhang stehende Störungskategorien auf, deren Prävalenz vergleichsweise hoch ausfällt, wobei sich die klinische Relevanz aktuell kaum zuverlässig einschätzen lässt. Wir entschieden deshalb, diese vier Kategorien, nämlich Trichotillomanie, Dermatillomanie, Pathologisches Horten und Körperdysmorphie, in einem gesonderten Symptom zusammenzufassen, das wir „Besondere Zwänge“ nannten.

In der Tabelle 3.28 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Bereich der Zwänge beläuft sich auf 19. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.8).

Tabelle 3.28: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Bereich „Zwänge“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Zwangsstörung und verwandte Störungen	Zwangsstörung (F42)	Bereich 07 – Zwänge	
Zwangsgedanken (...)	Zwangsgedanken (Ideen oder Vorstellungen) (...)	Zwangsgedanken	1
		Zwanghafte Vorstellungen	2
(...) immer wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen	(...) wiederholen sich dauernd	--- (enthalten in: Zwangsgedanken oder Zwanghafte Vorstellungen)	
(...) werden zumindest zeitweilig als aufdringlich und ungewollt empfunden		--- (enthalten in: Zwangsgedanken oder Zwanghafte Vorstellungen)	
(...) rufen meist ausgeprägte Angst oder Unbehagen hervor		Unbehagen wegen Gedanken	5
Die Person versucht, diese Gedanken, Impulse, Vorstellungen zu ignorieren		Versuche zu ignorieren	6
Die Person versucht, diese Gedanken, Impulse, Vorstellungen zu unterdrücken	die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten (...)	Versuche zu unterdrücken	7

	gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet	--- (enthalten in: Versuche zu unterdrücken)	
Die Person versucht, diese Gedanken, Impulse, Vorstellungen zu „neutralisieren“ (z.B. durch Ausführen einer Zwangshandlung)		Neutralisierungsversuche	8
Zwangshandlungen (...)	Zwangshandlungen (...)	Zwangshandlungen	3
(...) wiederholte Verhaltensweisen (...), zu denen sich die Person als Reaktion auf Zwangsgedanken gezwungen fühlt		--- (enthalten in: Zwangshandlungen)	
(...) wiederholte Verhaltensweisen (...), zu denen sich die Person aufgrund streng zu befolgender Regeln gezwungen fühlt		Befolgen strenger Regeln	11
(...) wiederholte mentale Handlungen (...), zu denen sich die Person als Reaktion auf Zwangsgedanken gezwungen fühlt		--- (enthalten in: Neutralisierungsversuche)	
(...) wiederholte mentale Handlungen (...), zu denen sich die Person aufgrund streng zu befolgender Regeln gezwungen fühlt		--- (enthalten in: Befolgen strenger Regeln)	
Verhaltensweisen oder mentale Handlungen dienen dazu, Angst oder Unbehagen zu verhindern		--- (enthalten in: Reduzieren von Unbehagen)	
Verhaltensweisen oder mentale Handlungen dienen dazu, Angst oder Unbehagen zu reduzieren		Reduzieren von Unbehagen	14
Verhaltensweisen oder mentale Handlungen dienen dazu, gefürchteten Ereignissen vorzubeugen		Unheil vorbeugen	15
Verhaltensweisen oder mentale Handlungen stehen in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie zu neutralisieren oder zu verhindern versuchen		Inadäquatheit der Handlungen	17
Verhaltensweisen oder mentale Handlungen sind deutlich übertrieben		--- (enthalten in: Reduzieren von Unbehagen)	
Bsp. wiederholte Verhaltensweisen: Händewaschen		Spezifische Zwangshandlung: Waschwang	
		Spezifische Zwangshandlung: Reinlichkeitszwang	

		Spezifische Zwangshandlung: Hygienezwang	
Bsp. wiederholte Verhaltensweisen: Ordnen		Spezifische Zwangshandlung: Ordnungszwang	
Bsp. wiederholte Verhaltensweisen: Kontrollieren		Spezifische Zwangshandlung: Kontrollzwang	
		Spezifische Zwangshandlung: Rückversicherungszwang	
Bsp. mentale Handlungen: Beten		Zwangsgedanken: Zwang zu beten	
Bsp. mentale Handlungen: Zählen		Zwangsgedanken: Zählzwang	
Bsp. mentale Handlungen: Wörter lautlos wiederholen		Zwangsgedanken: Zwang Wörter zu wiederholen	
	(...) werden als eigene Gedanken/Handlungen von den Betroffenen gesehen, nicht (...) eingegeben	--- (enthalten in: Zwangsgedanken oder Zwanghafte Vorstellungen oder Zwangshandlungen)	
	(...) werden als unangenehm empfunden	--- (enthalten in: Zwangsgedanken oder Zwanghafte Vorstellungen oder Zwangshandlungen)	
	mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung werden als übertrieben und unsinnig erkannt	Erkennen als unsinnig	9
	die Ausführung eines Zwangsgedankens oder einer Zwangshandlung selbst ist für sich genommen nicht angenehm (dies sollte von einer vorübergehenden Erleichterung von Spannung oder Angst unterschieden werden)	--- (enthalten in: Zwangsgedanken oder Zwanghafte Vorstellungen oder Zwangshandlungen)	
Zwangsgedanken sind zeitintensiv (mehr als 1 Stunde pro Tag)		Zeitintensive Gedanken	10
Zwangshandlungen sind zeitintensiv (mehr als 1 Stunde pro Tag)		Zeitintensive Handlungen	16
Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen (...)	die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen	--- (im Bereich Disabilities)	
	die Betroffenen werden in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand	Vermeidungsverhalten Zwang	18
		Gedanken-Handlungs-Fusion	12

	Not-just-right-Gefühl	13
Körperdysmorphie Störung	Besondere Zwänge	19
übermäßige Beschäftigung mit einem oder mehreren wahrgenommenen Mängeln oder Defekten im äußeren Erscheinungsbild, die für andere nicht erkennbar oder nur geringfügig erscheinen	Besondere Zwänge: Körperdysmorphie	19
die Person [hat] in Reaktion auf die Befürchtungen bzgl. des Aussehens sich wiederholende Verhaltensweisen ausgeführt		
Bsp.: Überprüfen im Spiegel, übermäßige Körperpflege, Hautzupfen/-quetschen, Rückversicherungsverhalten		
die Person [hat] in Reaktion auf die Befürchtungen bzgl. des Aussehens mentale Handlungen ausgeführt		
Bsp.: Vergleich des Aussehens mit dem von anderen		
(...) verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen (...)	--- (im Bereich Disabilities)	
Pathologisches Horten	Besondere Zwänge: Pathologisches Horten	19
anhaltende Schwierigkeit, Gegenstände wegzuerwerfen oder sich von ihnen zu trennen, unabhängig von deren tatsächlichem Wert		
(...) das empfundene Bedürfnis die Gegenstände aufheben zu müssen		
(...) ein mit dem Wegwerfen verbundenes Unbehagen		
(...) Anhäufung von Dingen, die aktive Wohnbereiche überfüllen und vermüllen (...)		
(...) verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen (...)	--- (im Bereich Disabilities)	
Trichotillomanie (Pathologisches Haarausreißen)	Besondere Zwänge: Trichotillomanie	19

wiederkehrendes Ausreißen der eigenen Haare, was zu Haarausfall führt	
wiederholte Versuche, das Haareausreißen einzuschränken oder zu unterlassen	
(...) verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen (...)	--- (im Bereich Disabilities)
Dermatillomanie (Pathologisches Hautzupfen/-quetschen)	Besondere Zwänge: Dermatillomanie 19
wiederkehrendes Zupfen oder Quetschen der Haut, was Hautverletzungen zur Folge hat	
wiederholte Versuche, das Hautzupfen/-quetschen einzuschränken oder zu unterlassen	
(...) verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen (...)	--- (im Bereich Disabilities)

3.2.4.9. Symptome der Angststörungen: Panikstörung

Beim Konzept der Panikstörung steht ein besonderes psychopathologisches Phänomen im Zentrum: die Panikattacke. Deren Beschreibungen bzw. Definitionen in den Kriterien des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 282–283) und der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 163–164) stimmen im Wesentlichen überein, wobei die ICD-10 etwas mehr den Charakter einer abgrenzbaren Episode hervorhebt, während das DSM-5 die „Anflutung“ der Angst in den Vordergrund stellt, die sich sowohl aus einem Ruhezustand als auch aus einem ängstlichen Zustand heraus einstellen kann. Zur weiteren diagnostischen Bestimmung einer Panikattacke listen beide Verzeichnisse eine Reihe von Symptomen auf, von denen während der entsprechenden Episode eine bestimmte Anzahl auftreten muss. Auch bezüglich dieser Liste besteht eine weitgehende inhaltliche Übereinstimmung zwischen DSM-5 und ICD-10. Über das Vorliegen wiederholter Panikattacken hinaus fordert aber nur das DSM-5, dass Sorgen über das Auftreten bzw. über mögliche Konsequenzen weiterer Panikattacken oder deutlich fehlangepasste Verhaltensänderungen aufgrund der Attacken vorliegen.

Die diagnostischen Kriterien zur Panikstörung beinhalten also eine unterschiedliche hierarchische Gliederung: Während gemäß ICD-10 nur das Phänomen der Panikattacken in wiederholter Form vorliegen muss, nennt das DSM-5 weitere Bedingungen, um die Diagnose der Panikstörung zu vergeben. In diesem Sinne kann eine Panikattacke selbst als Symptom verstanden werden, dem aber weitere Symptome zur genaueren Identifikation zugeordnet sind. Bei der Extraktion von Symptomen aus den diagnostischen Kriterien galt es, einen angemessenen Umgang mit dieser Hierarchisierung zu finden. Aufgrund derselben Überlegungen, wie sie im Abschnitt zu den Zwangsstörungen erläutert sind (vgl. 3.2.4.8), entschieden wir, sowohl das übergeordnete Symptom der Panikattacke als auch die ihm zugeordneten, spezifischeren Angstsymptome auf gleicher Hierarchiestufe in den Symptomkatalog zu integrieren. Die apriorische Annahme einer symptombezogenen Hierarchisierung sollte auch hier im Rahmen einer NMDS-Analyse entsprechender empirischer Daten in Form einer Gliederung der Zentralität zutage treten. Vom Symptom der Panikattacke wäre demnach zu erwarten, dass es in die Mitte des Clusters zu liegen kommt, welches aus den weiteren, ihr zugeordneten Symptomen besteht. Einen Aspekt von Panikattacken, der sowohl im DSM-5 als auch in der ICD-10 explizit Erwähnung findet, erachteten wir aber als diagnostisch besonders beachtenswert, nämlich, dass sie unerwartet bzw. nicht vorhersagbar auftreten. Damit dieses Merkmal in der diagnostischen Exploration genügend berücksichtigt wird, wiesen wir ihm die Funktion eines eigenständigen Symptoms („Unvorhersehbare Panik“) zu.

In der Tabelle 3.29 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Unterbereich Panikstörung beläuft sich auf 21. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.9).

Tabelle 3.29: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Unterbereich „Panikstörung“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Panikstörung	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	Bereich 08.1 – Panikstörung	
wiederholte (...) Panikattacken [d.h.] eine plötzliche Anflutung in-	wiederholte Panikattacken, die nicht auf eine spezifische Situation	Panikattacken	1

tensiver Angst oder intensiven Unbehagens, die innerhalb von Minuten einen Höhepunkt erreicht (...)	oder ein spezifisches Objekt bezogen sind (...) [mit] folgenden Charakteristika: a) einzelne Episode von intensiver Angst oder Unbehagen, b) beginnt abrupt, c) erreicht innerhalb weniger Minuten ein Maximum und dauert mindestens einige Minuten		
(...) unerwartete Panikattacken	Panikattacken sind nicht vorher-sagbar	Unvorhersehbare Panik	2
Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag	Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz	Herzklopfen	7
Schwitzen	Schweißausbrüche	Schweißausbrüche	12
Zittern oder Beben	fein- oder grobschlägiger Tremor	Zittern	9
	Mundtrockenheit (...)	Mundtrockenheit	15
Gefühl der Kurzatmigkeit	Atembeschwerden	--- (enthalten in: Atemnot)	
Atemnot		Atemnot	5
Erstickungsgefühle		Erstickungsgefühle	6
Schmerzen in der Brust	Thoraxschmerzen oder -missempfindungen	Thoraxbeschwerden	8
Beklemmungsgefühle in der Brust	Beklemmungsgefühl	--- (enthalten in: Thoraxbeschwerden)	
Übelkeit	Nausea	Übelkeit	10
	abdominelle Missempfindungen (z.B. Unruhegefühl im Magen)	--- (enthalten in: Übelkeit)	
Magen-Darm-Beschwerden		--- (enthalten in: Übelkeit)	
Schwindelgefühle, Unsicherheit, Benommenheit oder Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein	Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit	Schwindelgefühle	11
Kälteschauer	Kälteschauer	Kälteschauer	14
Hitzegefühle	Hitzewallungen	Hitzewallungen	13
Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle)	Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle	Kribbelgefühle	16
Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit)	Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation)	Derealisation (vgl. Belastungsstörungen)	19
Depersonalisation (sich von der eigenen Person losgelöst fühlen)	Gefühl, man selbst ist weit entfernt oder „nicht wirklich hier“ (Depersonalisation)	Depersonalisation (vgl. Belastungsstörungen)	20

Angst die Kontrolle zu verlieren	Angst vor Kontrollverlust (...) oder „auszuflippen“	Angst vor Kontrollverlust	17
Angst „verrückt zu werden“	Angst, verrückt zu werden	--- (enthalt in: Angst vor Kontrollverlust)	
Angst zu sterben	Angst zu sterben	Angst zu sterben	18
anhaltende Besorgnis oder Sorgen über das Auftreten weiterer Panikattacken (...)		Angst vor Panikattacken	3
anhaltende Besorgnis oder Sorgen über (...) Konsequenzen [weiterer Panikattacken]		Gesundheitssorgen Panik	4
deutlich fehlangepasste Verhaltensänderung infolge der Attacken (...)		Maladaptive Verhaltensänderung	21

3.2.4.10. Symptome der Angststörungen: Agoraphobie

Im alten Griechenland bezeichnete das Wort Agora den Marktplatz einer Stadt (Bibliographisches Institut, 2019). Der klinische Ausdruck Agoraphobie wird demnach als „Platzangst“ ins Deutsche übersetzt. Das DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 295–296) listet neben „offenen Plätzen (z.B. Parkplätze, Marktplätze, Brücken)“ aber noch vier andere Situationen auf, vor denen sich Betroffene fürchten: das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, der Aufenthalt in geschlossenen, öffentlichen Räumen (z.B. Geschäfte, Theater, Kino), in einer Schlange zu stehen oder in einer Menschenmenge zu sein und schließlich allein außer Haus zu sein. In einem weiteren Kriterium sind insgesamt drei Gründe aufgeführt, weshalb die besagten Situationen gefürchtet oder vermieden werden: Erstens könnte eine Flucht schwierig sein, zweitens könnte im Falle panikartiger Symptome keine Hilfe erreichbar sein und drittens könnte letzteres auch für den Fall des Auftretens von stark beeinträchtigenden oder peinlichen Symptomen zutreffen. Diese drei Begründungen geben – auch wenn sie selbstredend übertrieben und unvernünftig ausfallen – Hinweise auf drei mögliche Subtypen des Störungsbildes Agoraphobie darstellen, zumal hinter dem prominenten Gedanken an Flucht eine anderes ätiologisches Geschehen stehen dürfte, als wenn der Betroffene sich primär sorgt, in Peinlichkeiten zu geraten oder im Fall einer Panikattacke keine Hilfe zu bekommen. Die Kriterien der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 157–158) fallen im Vergleich dazu deutlich undifferenzierter aus, beinhalten dafür aber dieselbe Auflistung von assoziierten Angstsymptomen wie bei der Panikstörung. Die Nennung möglicher agoraphobischer Situationen deckt

sich mit „Menschenmengen, öffentliche Plätze, allein Reisen, Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause“ nur teilweise mit denjenigen des DSM-5.

Es wäre anzunehmen, dass die in den DSM-5-Kriterien anklingenden, potenziellen Subtypen der Agoraphobie im Rahmen einer NMDS-Analyse eines entsprechenden empirischen Datensatzes als abgrenzbare Cluster ersichtlich würden. Wenn diese Subtypen-Cluster der Agoraphobie im Verbund mit den Symptomdaten ähnlicher Störungskategorien analysiert würden, dann könnte es sogar sein, dass sich nachbarschaftliche Relationen ergeben. Beispielsweise würde dann der panikbezogene Subtyp der Agoraphobie in die Nähe der Panikstörungssymptomatik zu liegen kommen, der schambezogene Subtyp (Furcht vor peinlichen Situationen) in die Nähe der sozialen Phobie, etc. Bei der Extraktion von Symptomen aus den diagnostischen Kriterien wollten wir die Grundlage für eine solche hypothesengetriebene Datenanalyse schaffen und entschieden daher, die drei genannten Furchtaspekte jeweils als Subspezifikationen einer agoraphobischen Situation zu operationalisieren.

Desweiteren galt es, auf phänomenaler Ebene zwischen Angst, Furcht und Vermeidung zu unterscheiden. In der psychologischen und philosophischen Fachsprache wird Furcht im Allgemeinen als objektbezogen verstanden, Angst dagegen als unbegründet bzw. als nicht objektbezogen. Diese Differenzierung gilt allerdings nicht für die Alltagssprache, wo Furcht eher als ein gehobenes Synonym zur Angst verwendet wird (Bibliographisches Institut, 2019). Deutlicher kommt der Aspekt der Objektbezogenheit im Wort Befürchtung zum Ausdruck, was mit „Erwartung einer unangenehmen Sache“ gleichzusetzen ist (Bibliographisches Institut, 2019). Die Vermeidung der Exposition mit dem entsprechenden Objekt stellt schließlich eine objektivierbare Verhaltensäußerung der Furcht bzw. Befürchtung dar, die oft – bei Weitem aber nicht immer – die Folge davon ist. Die ICD-10 und das DSM-5 lassen letztlich alle drei Aspekte als diagnostische Indikatoren gelten. So ist im DSM-5 etwa zu lesen: „Die agoraphobischen Situationen werden aktiv vermieden, können nur in Begleitung aufgesucht werden oder werden unter intensiver Furcht oder Angst durchgestanden“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 296). Vor diesem Hintergrund entschieden wir, für jede der aufgeführten agoraphobischen Situationen jeweils ein Symptom „Vermeidung“ und ein Symptom „Befürchtung“ anzusetzen und letzteres dann in die oben erwähnten Subspezifikationen zu zergliedern. Eine Ausnahme stellte dabei das Symptom „Befürchtung allein außer Haus“ dar. Hier ließen wir den Befürchtungsaspekt der schwierigen Flucht weg, weil uns die Situation, allein außer

Haus zu sein, zu unspezifisch erschien, um davor flüchten zu wollen. Die in der ICD-10 aufgelisteten Angstsymptome ließen wir im Unterbereich der Agoraphobie weg, zumal sie auf der Ebene des Screenings auch über den Unterbereich der Panikstörung ansteuerbar sind.

In der Tabelle 3.30 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Unterbereich Agoraphobie beläuft sich auf 15. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.9).

Tabelle 3.30: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Unterbereich „Agoraphobie“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Agoraphobie	Agoraphobie	Bereich 08.2 – Agoraphobie	
ausgeprägte Furcht oder Angst vor (...) dem Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel (z.B. Autos, Busse, Züge, Schiffe, Flugzeuge)		Vermeidung ÖV	10
[ÖV] werden gefürchtet oder gemieden, weil eine Flucht schwierig sein könnte		Befürchtung ÖV A	11
[ÖV] werden gefürchtet oder gemieden, weil im Falle panikartiger Symptome (...) Hilfe nicht erreichbar sein könnte		Befürchtung ÖV B	11
[ÖV] werden gefürchtet oder gemieden, weil im Falle stark beeinträchtigender oder peinlicher Symptome (...) Hilfe nicht erreichbar sein könnte		Befürchtung ÖV C	11
	deutliche und anhaltende Furcht vor allein Reisen	--- (enthalten in: Befürchtung allein außer Haus, Befürchtung ÖV)	
	Vermeidung von allein Reisen	--- (enthalten in: Angst allein außer Haus, Vermeidung ÖV)	
ausgeprägte Furcht oder Angst (...) davor, auf offenen Plätzen zu sein (z.B. Parkplätze, Marktplätze, Brücken)	deutliche und anhaltende Furcht vor öffentlichen Plätzen	Vermeidung belebter Plätze	1

[offene Plätze] werden gefürchtet oder gemieden, weil eine Flucht schwierig sein könnte	Vermeidung von öffentlichen Plätzen	Befürchtung belebte Plätze A	2
[offene Plätze] werden gefürchtet oder gemieden, weil im Falle panikartiger Symptome (...) Hilfe nicht erreichbar sein könnte		Befürchtung belebte Plätze B	2
[offene Plätze] werden gefürchtet oder gemieden, weil im Falle stark beeinträchtigender oder peinlicher Symptome (...) Hilfe nicht erreichbar sein könnte		Befürchtung belebte Plätze C	2
ausgeprägte Furcht oder Angst (...) davor, in geschlossenen öffentlichen Räumen zu sein (z.B. Geschäfte, Theater, Kino)		Vermeidung öffentlicher Räume	3
[öffentliche Räume] werden gefürchtet oder gemieden, weil eine Flucht schwierig sein könnte		Befürchtung öffentlicher Räume A	4
[öffentliche Räume] werden gefürchtet oder gemieden, weil im Falle panikartiger Symptome (...) Hilfe nicht erreichbar sein könnte		Befürchtung öffentlicher Räume B	4
[öffentliche Räume] werden gefürchtet oder gemieden, weil im Falle stark beeinträchtigender oder peinlicher Symptome (...) Hilfe nicht erreichbar sein könnte		Befürchtung öffentlicher Räume C	4
ausgeprägte Furcht oder Angst (...) davor, Schlange zu stehen		--- (enthalten in: Vermeidung Menschenmengen)	
ausgeprägte Furcht oder Angst (...) davor, in einer Menschenmenge zu sein	deutliche und anhaltende Furcht vor Menschenmengen	Vermeidung Menschenmengen	5
[Menschenmengen] werden gefürchtet oder gemieden, weil eine Flucht schwierig sein könnte	Vermeidung von Menschenmengen	Befürchtung Menschenmenge A	6
[Menschenmengen] werden gefürchtet oder gemieden, weil im Falle panikartiger Symptome (...) Hilfe nicht erreichbar sein könnte		Befürchtung Menschenmenge B	6
[Menschenmengen] werden gefürchtet oder gemieden, weil im Falle stark beeinträchtigender oder peinlicher Symptome (...) Hilfe nicht erreichbar sein könnte		Befürchtung Menschenmenge C	6
ausgeprägte Furcht oder Angst (...) davor, allein außer Haus zu sein	deutliche und anhaltende Furcht vor Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause	Angst allein außer Haus	7

[allein außer Haus zu sein] wird gefürchtet oder gemieden, weil eine Flucht schwierig sein könnte		--- (zu unspezifisch)	
[allein außer Haus zu sein] wird gefürchtet oder gemieden, weil im Falle panikartiger Symptome (...) Hilfe nicht erreichbar sein könnte	Vermeidung von Reisen mit wei- ter Entfernung von Zuhause	Befürchtung allein außer Haus A	8
[allein außer Haus zu sein] wird gefürchtet oder gemieden, weil im Falle stark beeinträchtigender oder peinlicher Symptome (...) Hilfe nicht erreichbar sein könnte		Befürchtung allein außer Haus B	8
die agoraphobischen Situationen rufen fast immer eine Furcht- oder Angstreaktion hervor		--- (enthalten in: Befürchtung ...)	
die agoraphobischen Situationen werden aktiv vermieden		--- (enthalten in: Vermeidung ...)	
die agoraphobischen Situationen können nur in Begleitung aufge- sucht werden		Begleitung nötig	9
die agoraphobischen Situationen werden unter intensiver Furcht o- der Angst durchgestanden.		Angsterleben Agora	12
	deutliche emotionale Belastung durch das Vermeidungsverhalten	Belastung Agora	13
	deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome	--- (enthalten in: Angsterleben Agora)	
	die Betroffenen haben die Einsicht, dass [die Belastung oder das Ver- meidungsverhalten] übertrieben o- der unvernünftig sind	Einsicht übermäßige Angst	14
	Auftreten von Angstsymptomen in den gefürchteten Situationen	(im Unterbereich Panikstö- rung)	
Die Furcht oder Angst geht über das Ausmaß der tatsächlichen Ge- fahr durch die agoraphobischen Si- tuationen hinaus und ist im sozio- kulturellen Kontext unverhältnis- mäßig		--- (in Item-Formulierungen enthalten)	
Die Furcht, Angst oder Vermei- dung verursacht in klinisch bedeut- samer Weise Leiden oder Beein- trächtigung (...)		Einschränkung Agora	15

3.2.4.11. Symptome der Angststörungen: Soziale Phobie

Die diagnostischen Kriterien zur Sozialen Angststörung sind im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 274–275) insgesamt relativ knappgehalten: Im Kriterium A wird die Angst der Betroffenen erläutert, in sozialen Situationen von anderen beurteilt zu werden. Hierzu sind Beispiele in drei Kategorien angeführt, nämlich soziale Interaktionen, beobachtet zu werden und vor anderen Leistungen erbringen zu müssen. Das Kriterium B enthält ein reichlich verschachteltes und in seiner Aussage nicht sonderlich klares Satzgefüge, worin die Befürchtungen der Betroffenen genauer expliziert werden. Dem ist zu entnehmen, dass es sich nicht nur um eine Furcht vor negativer Bewertung bzw. Beurteilung durch andere handelt, sondern dass die Betroffenen bisweilen auch befürchten, andere Personen durch ihr Verhalten zu kränken. Die Kriterien in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 159–160) sind in Bezug auf die typischen Kognitionen der Betroffenen nicht wesentlich klarer, bringen dafür aber weitere Aspekte ins Spiel, so etwa die Furcht oder Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, Angst zu erbrechen, ein Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. die Angst davor. Im Übrigen wird darin auf die Angstsymptome verwiesen, die in der Kategorie Agoraphobie aufgeführt sind. Insgesamt besteht in Bezug auf die erwähnten Beispiele zwar eine gewisse Übereinstimmung zwischen DSM-5 und ICD-10, die aber im Hinblick auf die gesamte konzeptionelle Beschreibung der Störung eher gering ausfällt.

Vor diesem Hintergrund waren wir bei der Extraktion von Symptomen vor allem darum bemüht, die weite Verästelung der Thematik in möglichst präzise Symptombegriffe zu übersetzen. Das dahinterliegende, ätiologische Spektrum dürfte allerdings sehr breit ausfallen, wenn man bedenkt, dass bei Symptomen wie der „Angst vor Scham“ oder der „Angst vor Demütigung“, die doch sehr auf das eigene Selbst bezogen sind, andere innerpsychische Prozesse am Werk sein dürften als beim Symptom „Angst zu beschämen“, das sich auf das Ansehen einer anderen Person bezieht.

In der Tabelle 3.31 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Unterbereich Soziale Phobie beläuft sich auf 14. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.11).

Tabelle 3.31: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Unterbereich „Soziale Phobie“.

Kriterien gemäß DSM-5	Kriterien gemäß ICD-10	Klenico-Symptome	#
Soziale Angststörung (Soziale Phobie)	Soziale Phobien	Bereich 08.3 – Soziale Phobie	
ausgeprägte Furcht oder Angst vor (...) sozialen Situationen, in denen die Person von anderen Personen beurteilt werden könnte		Bewertungsangst	5
soziale Interaktionen (z.B. Gespräche mit anderen, Treffen mit unbekannten Personen)	[z.B.] Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen wie z.B. bei Partys, Konferenzen oder in Klassenräumen	Vermeidung sozialer Situationen A	4
beobachtet zu werden (z.B. beim Essen oder Trinken)	[z.B.] Essen in der Öffentlichkeit	Vermeidung sozialer Situationen B	4
vor anderen Leistungen zu erbringen (z.B. eine Rede halten)	[z.B.] Sprechen in der Öffentlichkeit	Vermeidung sozialer Situationen C + D	4
Betroffene befürchten, dass sie sich in einer Weise verhalten könnten, die von anderen negativ bewertet werden (d.h. die beschämend oder peinlich sind)	deutliche Furcht (...) oder Vermeidung, sich peinlich zu verhalten	Angst vor Scham	2
Betroffene befürchten, dass sie sich in einer Weise verhalten könnten (...), die von anderen negativ bewertet werden (d.h. zu Zurückweisung führen)		--- (enthalten in: Bewertungsangst)	
Betroffene befürchten, dass sie sich in einer Weise verhalten könnten (...), die von anderen negativ bewertet werden (d.h. ... andere Personen kränken)		Angst zu beschämen	8
Betroffene befürchten, dass sie Symptome der Angst offenbaren, die von anderen negativ bewertet werden (...)		Angst vor Bloßstellung	3
	deutliche Furcht (...) oder Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen	Aufmerksamkeitsaversion	6
	deutliche Furcht (...) oder Vermeidung, sich erniedrigend zu verhalten	Angst vor Demütigung	7
die sozialen Situationen rufen fast immer eine Furcht oder Angstreaktion hervor		--- (in den Item-Formulierungen enthalten)	

die sozialen Situationen werden vermieden		--- (enthalten in: Vermeidung sozialer Situationen)	
	deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten	Belastung Soziale Phobie	12
die sozialen Situationen werden unter intensiver Furcht oder Angst ertragen	Angstsymptome	Soziale Angst	1
die Furcht oder Angst geht über das Ausmaß der tatsächlichen Bedrohung durch die soziale Situation hinaus und ist im soziokulturellen Kontext unverhältnismäßig		Übermäßige soziale Angst (Expertenrating)	14
	Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind	Einsicht übermäßige Angst	13
	Erröten	Angst zu Erröten	9
	Angst zu erbrechen	Vomitionsangst	10
	Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor	Miktions-/Defäkationsangst	11

3.2.4.12. Symptome der Angststörungen: Spezifische Phobien

Bei den Spezifischen Phobien handelt es sich um eine Störungskategorie, die zwar in der Allgemeinbevölkerung eine relativ hohe Prävalenz aufweist, die aber – sofern sie isoliert, d.h. nicht mit anderen psychischen Komorbiditäten auftritt – kaum zu Konsultationen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung führt (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 272–274). In den Klenico-Symptomkatalog wurde sie deshalb eher der Vollständigkeit halber aufgenommen. Immerhin besteht dadurch die Möglichkeit, psychische Auffälligkeiten zu dokumentieren, die eine Behandlung erschweren könnten, auch wenn sie selbst nicht der Anlass für die Behandlung sind. Bei der Extraktion der entsprechenden Symptome waren wir daher bemüht, diese Störungskategorie besonders effizient erfassbar zu machen.

In den Kriterien des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 267–268) wie auch in denjenigen der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 160–161) werden mehrere konkrete und typische Beispiele genannt, worauf sich spezifische Phobien beziehen können.

Diese Beispiele sind in den beiden diagnostischen Verzeichnissen weitestgehend deckungsgleich und werden jeweils zu Typen-Gruppen zusammengefasst (z.B. Naturgewalten-Typ, Tier-Typ), denen jedoch kein verbindlicher Charakter zugesprochen wird. Um die Erfassung dieses Störungsbereichs einfach und effizient zu gestalten, benötigten wir ebenfalls eine grobe Unterteilung, hielten uns dafür aber an die in den Kriterien ausformulierte Kategorisierung nach phobischen Objekten und phobischen Situationen. Daraus konzipierten wir zwei Symptome, Objektangst und Situationsangst, denen wir vier bzw. neun der erwähnten Beispiele als Subspezifikationen zuordneten. Was die übrigen in den Kriterien enthaltenen Merkmale angeht, versuchten wir, mit möglichst wenigen zusätzlichen Symptomen auszukommen. Einige Aspekte wie das beständige Hervorrufen von Angst durch den phobischen Stimulus oder die damit einhergehende emotionale Belastung konnten durch die Item-Formulierungen abgedeckt werden. Um weitere Aspekte abzudecken, entschieden wir, bei den beiden Hauptsymptomen Objektangst und Situationsangst jeweils eine ausführlichere Definition mit einfachen Entscheidungskriterien zu formulieren, damit der Diagnostiker die Informationsbasis hat, um mögliche Falsch-positiv-Treffer aus der Selbstauskunft zu korrigieren (vgl. 2.2.2.1). Somit blieb als einziger zusätzlicher Aspekt, der sinnvollerweise direkt über die Selbstauskunft zu erfassen ist, die Einsicht des Patienten, dass seine Ängste übertrieben sind.

In der Tabelle 3.32 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Unterbereich Spezifische Phobien beläuft sich ohne Subspezifikationen auf drei. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.12).

Tabelle 3.32: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Unterbereich „Spezifische Phobien“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Spezifische Phobie	Spezifische Phobien	Bereich 08.4 – Spezifische Phobien	
ausgeprägte Furcht oder Angst vor einem spezifischem Objekt	deutliche Furcht vor einem bestimmten Objekt	Objektangst	1
Tiere; Tier-Typ	Tiere; Tier-Typ	--- (ausdifferenziert)	
	Vögel	Objektangst: Vögel	1

Spinnen		Objektangst: Spinnen / Insekten	1
Insekten	Insekten	--- (enthaltend in: Objektangst: Spinnen / Insekten)	
Hunde		Objektangst: Hunde	1
ausgeprägte Furcht oder Angst vor einer spezifischen Situation	deutliche Furcht vor einer bestimmten Situation außer Agoraphobie oder sozialer Phobie	Situationsangst	2
Umwelt-Typ	Naturgewalten-Typ	--- (ausdifferenziert)	
Stürme	Sturm	Situationsangst: Sturm / Gewitter	2
	Donner	--- (enthaltend in: Situationsangst: Sturm / Gewitter)	
Wasser	Wasser	Situationsangst: Wasser	2
Blut-Spritzen-Verletzungs-Typ	Blut-Injektions-Verletzungs-Typ	--- (ausdifferenziert)	
Injektionsnadeln		Objektangst: Spritzen	1
invasive medizinische Verfahren		--- (enthaltend in: Spritzen)	
Blut sehen	Anblick von Blut oder Verletzungen	Situationsangst: Blut oder Verletzungen	2
eine Spritze bekommen	Injektionen	Situationsangst: Injektionen	2
	Zahnarztbesuche	Situationsangst: Zahnarztbesuche	2
	Krankenhausbesuche	Situationsangst: Krankenhausbesuche	2
Höhen	Höhen	Situationsangst: Höhenangst	2
Fliegen; Flugzeuge	Flugreisen	Situationsangst: Flugangst	2
Fahrräder		--- (enthaltend in: Situationsangst: Klaustrophobie)	
enge, geschlossene Räume	kleine, geschlossene Räume	Situationsangst: Klaustrophobie	2
das phobische Objekt oder die phobische Situation ruft fast immer eine unmittelbare Furcht oder Angstreaktion hervor		--- (in Item-Formulierungen enthalten)	
das phobische Objekt oder die phobische Situation wird aktiv vermieden	deutliche Vermeidung solcher Objekte und Situationen außer Agoraphobie oder sozialer Phobie	--- (enthaltend in: Objektangst bzw. Situationsangst)	

das phobische Objekt oder die phobische Situation wird nur unter starker Furcht oder Angst ertragen	---	(in Item-Formulierungen enthalten)
die Furcht oder Angst geht über das Ausmaß der tatsächlichen Gefahr durch das spezifische Objekt oder die spezifische Situation hinaus und ist im soziokulturellen Kontext unverhältnismäßig	---	(in Item-Formulierungen enthalten)
deutliche emotionale Belastung durch die Symptome oder das Vermeidungsverhalten	---	(in Item-Formulierungen enthalten)
Angstsymptome (...) wie in Kriterium B der Agoraphobie definiert	(im Bereich Panikstörung)	
Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind	Einsicht Phobie	3

3.2.4.13. Symptome der Angststörungen: Generalisierte Angststörung

Das Konzept der Generalisierten Angststörung ist sowohl im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 301–302) als auch in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 165–166) enthalten, weist aber das gravierende Problem auf, dass es schwer von anderen Störungsbildern, insbesondere der unipolaren Depression, abzugrenzen ist. Auf diese differenzialdiagnostische bzw. komorbiditätsbezogene Unschärfe wird im DSM-5 explizit hingewiesen und empfohlen, eine generalisierte Angst nur dann zu diagnostizieren, wenn sie nicht oder nicht ausschließlich im Verlauf von anderen Störungen auftritt (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 306–307). Prof. Bandelow, den wir ausführlich zu diesen Themen befragten, bestätigte, dass selbst ihm als einem ausgewiesenen Experten für Angststörungen die Entscheidung bisweilen schwerfalle, ob im konkreten Einzelfall eine Depression oder eine generalisierte Angststörung vorliege. Meistens frage er dann die betroffene Person selbst, was sie denke, dass bei ihr im Vordergrund stünde: eine depressive, traurige Stimmung oder ständige Sorgen über alltägliche Dinge (Bandelow, persönliche Kommunikation, 12. Oktober 2016).

Der Vergleich der diagnostischen Kriterien im DSM-5 und in der ICD-10 zeigt in Bezug auf die Kernthematik bereits gewisse Unterschiede: Während in der ICD-10 von „Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 165) die Rede ist, postuliert das DSM-5 „übermäßige Angst und Sorge

(furchtsame Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten (wie etwa Arbeit oder Schulleistungen)“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 301). Im letztgenannten Fall wird also genauer erläutert, was unter „Sorgen“ zu verstehen ist (nämlich furchtsame Erwartungen) und außerdem gefordert, dass diese Sorgen sich auf mehrere Ereignisse oder Tätigkeiten beziehen, die allerdings – in Abgrenzung zur ICD-10 – nicht alltäglicher Natur zu sein brauchen. In einem zweiten Kriterium erwähnt das DSM-5 außerdem, dass die Sorgen schwer kontrollierbar sind, was gemäß ICD-10 keine Relevanz hat. Deutliche Unterschiede sind schließlich in Bezug auf die weiteren begleitenden Symptome zu konstatieren: Während das DSM-5 insgesamt acht Merkmale nennt und diese zu sechs Symptomen zusammenfasst, listet die ICD-10 über 30 Merkmale auf, die in sechs Gruppen gegliedert sind. Die ersten vier Gruppen entsprechen den allgemeinen Angstsymptomen, wie sie auch bei der Panikstörung (ICD-10: F41.0) und bei der Agoraphobie (ICD-10: F40.0) zu finden sind. In den beiden zusätzlichen Gruppen („Symptome der Anspannung“ und „unspezifische Symptome“) sind nun etliche Merkmale aufgeführt, die auch in den Kriterien der unipolaren Depression (ICD-10: F32) zu finden sind, darunter „Ruhelosigkeit“, „Ermüdbarkeit“, „Reizbarkeit“ und „Schlafstörungen“. Weitere Symptome aus den beiden genannten Gruppen sind ferner auch im Bereich der somatoformen Störungen (ICD-10: F45) zu finden, nämlich „akute und chronische Schmerzen“, „Kloßgefühl im Hals“ und „Schluckbeschwerden“. Solche symptombezogenen Überschneidungen mit anderen Störungskategorien betreffen auch die DSM-5-Kriterien, allerdings fallen sie hier aufgrund der deutlich kürzeren Symptomauswahl wesentlich geringer aus.

Vor dem Hintergrund dieser konzeptionellen Problemfelder entschieden wir, die genannten Symptome in doppelter Ausführung in den Symptomkatalog aufzunehmen, und zwar einmal im Bereich der unipolaren Depression bzw. der somatoformen Störungen und einmal im Unterbereich der Generalisierten Angststörung. Das stellte allerdings eine Abweichung vom Grundprinzip dar, das Klenico-System strikt symptombezogen aufzubauen, demgemäß wir die bereits im Symptomkatalog enthaltenen Symptome einfach hätten ausschließen müssen. Insofern priorisierten wir an dieser Stelle des Auswahlprozesses die Konzepte von Störungen (Generalisierte Angststörung vs. unipolare Depression vs. Somatoforme Störungen) vor den ihnen zugeordneten Symptomen. Die Überlegung, die uns zu dieser Ausnahme veranlasste, betraf in erster Linie die möglichst rasch zu erreichende Praxistauglichkeit der Klenico-Software: Wären wir bei der strikten Symptomorientierung geblieben, hätte man aufgrund des eingebauten Screening-Verfahrens (vgl. 1.4.5) das Störungsbild der Generalisierten Angststörung gar nicht zuverlässig erfassen können, weil die den anderen Störungsbereichen zugeord-

neten Symptome mit abweichenden (für die Generalisierte Angststörung möglicherweise irrelevanten) Screening-Items verschaltet wurden. Bei der gesamten Problemstellung wird letztlich erst eine auf empirischen Daten basierende NMDS-Robuscal-Analyse (vgl. 1.4.1) Aufschluss bringen können. Um dafür eine methodisch stringente Basis zu bieten, operationalisierten wir die genannten fraglichen Symptome mit denselben Items, wie sie auch bei den anderen Störungsbereichen Verwendung finden. Demgegenüber beließen wir die Erfassung der allgemeinen Angstsymptome wie schon in den Unterbereichen Agoraphobie und Soziale Phobie auch hier ausschließlich im Unterbereich der Panikstörung, da deren Ansteuerung durch das Screening wesentlich niederschwelliger ausfällt.

In der Tabelle 3.33 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Unterbereich Generalisierte Angststörung beläuft sich ohne Subspezifikationen auf 14. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.13).

Tabelle 3.33: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Unterbereich „Generalisierte Angststörung“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Generalisierte Angststörung	Generalisierte Angststörung	Bereich 08.5 – Generalisierte Angststörung	
übermäßige Angst und Sorge (furchtsame Erwartung) bzgl. mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten (wie etwa Arbeit oder Schulleistungen) (...)	Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse	Generalisierte Sorgen	1
die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren		Kontrollverlust Sorgen	2
		Übermäßige Sorgen	14
	Angstsymptome (...)	(im Bereich Panikstörung)	
Ruhelosigkeit	Ruhelosigkeit	Innere Unruhe	5
ständiges „Auf-dem-Sprung-Sein“		--- (enthaltend in: Innere Unruhe)	
leichte Ermüdbarkeit		Ermüdbarkeit	11

Konzentrationsschwierigkeiten	Konzentrationsschwierigkeiten	--- (zu unspezifisch)	
Reizbarkeit	anhaltende Reizbarkeit	Reizbarkeit	10
Muskelspannung	Muskelverspannung	Muskelverspannungen	3
Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafstörungen oder unruhiger, nichterholsamer Schlaf)	Einschlafstörungen wegen Besorgnissen	Schlafstörungen	12
	akute und chronische Schmerzen	(im Bereich Somatoforme Störungen)	
	Unfähigkeit zum Entspannen	Unfähigkeit zu Entspannen	4
	Gefühle von Aufgedrehtsein	Gefühl von Aufgedrehtsein	6
	Gefühle von Nervosität	Nervosität	7
	Gefühle von psychischer Anspannung	Innere Anspannung	8
	Kloßgefühl im Hals	(im Bereich Somatoforme Störungen)	
	Schluckbeschwerden	(im Bereich Somatoforme Störungen)	
	übertriebene Reaktionen auf kleine Überraschungen oder Erschrecktwerden	erhöhte Schreckreaktion	9
	Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen und Angst	Leeregefühl im Kopf	13

3.2.4.14. Symptome der Abhängigkeiten: Alkohol

Das Kapitel „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“ des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 661–810) ist in zehn Unterkapitel gegliedert, von denen neun auf eine bestimmte Substanz oder Substanzklasse bezogen sind, und das zehnte eine Restkategorie darstellt. Bis auf dasjenige zu Koffein enthält jedes Unterkapitel die sogenannte Konsumstörung, die wiederum auf die jeweilige Substanz(klasse) bezogen ist und bei der Extraktion der Symptome für das Klenico-Inventar im Vordergrund stand. Die Kriterien der Konsumstörung weisen bei allen Substanzen bzw. Substanzklassen fast denselben Wortlaut und dieselbe Struktur auf. Die Anzahl der Kriterien liegt meistens bei elf, bei einigen Substanzklassen (z.B. Halluzinogenen) fällt allerdings das elfte

Kriterium, nämlich das Auftreten von Entzugssymptomen, weg. Die entsprechende Störungskategorie in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 61–89) ist dagegen etwas einfacher strukturiert: Insbesondere die Kriterien der beiden Unterkategorien schädlicher Gebrauch (ICD-10: F1x.1) und Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F1x.2) sind für alle aufgeführten Substanzklassen identisch, wobei in den Formulierungen die allgemeine Bezeichnung „Substanz“ verwendet wird. An anderer Stelle (vgl. 3.2.3) wurde bereits ausführlicher erläutert, dass das Klenico-System aus Gründen der Effizienz und Prägnanz lediglich vier Unterbereiche zu den Abhängigkeitsstörungen aufweisen soll, nämlich zu Alkohol, Drogen, Medikamenten und Tabak. Diese Gliederung ermöglichte es mitunter, die Extraktion bzw. die Auswahl der relevanten Symptome an den jeweiligen Unterbereich anzupassen. Dadurch fiel beispielsweise die Symptomauswahl für den Unterbereich Tabak wesentlich kleiner aus als diejenige für den Bereich Drogen. Die spezifischen Gründe dafür werden in den drei nachfolgenden Unterkapiteln erläutert.

Abgesehen von der strukturellen Gliederung existiert inhaltlich eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den diagnostischen Kriterien für Abhängigkeitserkrankungen im DSM-5 und denjenigen in der ICD-10. Ein auffälliger Unterschied liegt aber in Bezug auf die Konsummenge vor: Während das erste DSM-5-Kriterium sowohl die Frequenz als auch die Menge des Substanzkonsums benennt, dabei aber unspezifisch bleibt und auf quantitative Angaben verzichtet, ist in der ICD-10 keine entsprechende Formulierung zu finden. In den Ausführungen der AWMF-S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen (AWMF, 2016), auf die der von uns befragte Experte, Prof. Karl Mann, verschiedentlich verwies, spielen Konsummenge und -frequenz wiederum eine sehr wichtige Rolle: Der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001), welcher in der S3-Leitlinie offiziell als Screening-Instrument empfohlen wird, besteht aus zehn Fragen, wovon drei die Konsummenge und -frequenz betreffen. Vor diesem Hintergrund und insbesondere, um mit der S3-Leitlinie konform zu sein, entschieden wir, die Konsummenge und -frequenz in Anlehnung an den AUDIT (Babor et al., 2001) als eigenständige Symptome zu erfassen. Dazu gehörte auch das sogenannte Binge-Drinking oder Rauschtrinken, bei dem innerhalb kurzer Zeit große Alkoholmengen getrunken werden, und welches gemäß S3-Leitlinie (AWMF, 2016, S. 5) eine risikoreiche Konsumform darstellt.

Bei der inhaltlichen Zergliederung der übrigen Kriterien zeigte sich, dass die einheitlichen Formulierungen für unterschiedliche Substanzklassen gelegentlich zu abstrakt ausfallen und dadurch die Realität des Konsumverhaltens mitunter verfehlen. Ein Beispiel hierfür ist

der Aspekt, dass Alkohol häufig länger als beabsichtigt (DSM-5) bzw. oft über einen längeren Zeitraum als geplant (ICD-10) konsumiert wird. Diese Formulierungen implizieren, dass sich jemand vornimmt oder sogar plant, bei einer bestimmten Gelegenheit nur eine gewisse Anzahl Minuten oder Stunden Alkohol zu trinken, was unter Alltagsbedingungen doch ziemlich abwegig erscheint. Daher erachteten wir diesen Aspekt als nicht operationalisierbar. Ebenfalls reichlich abstrakt erschien uns der Aspekt des hohen Zeitaufwandes, um Alkohol zu konsumieren. Da er in der ICD-10 jedoch als Teil des übergeordneten Kriteriums der Einengung auf den Substanzkonsum fungiert, erachteten wir eine Operationalisierung mit Bezug auf die Freizeitgestaltung als sinnvoll: Der Anteil der Freizeit (d.h. der Lebenszeit ohne äußere Restriktionen zur Abstinenz, wie sie etwa durch die berufliche Tätigkeit gegeben sind), der unter Alkoholeinfluss verbracht wird, mag durchaus als Indikator für das Ausmaß der Einengung dienen. Demgegenüber erschien uns der Aspekt des hohen Zeitaufwands, um Alkohol zu beschaffen, gerade im westlichen Kulturkreis, wo günstige alkoholische Getränke in fast jedem Supermarkt (für Erwachsene) zum freien Verkauf stehen, als völlig irrelevant. Wiederum als nicht operationalisierbar erachteten wir den Aspekt des hohen Zeitaufwands, um sich von der Wirkung von Alkohol zu erholen: Um den entsprechenden Kontext als Vergleichsbasis zu formulieren (z.B. „nachdem ich Alkohol konsumiert habe, brauche ich oft mehr als x Stunden, um mich davon zu erholen“) fehlten uns letztlich verlässliche quantitative Angaben, ab wann dieser Umstand als problematisch einzustufen ist.

Desweiteren weisen die Kriterien-Formulierungen viele formallogische Verknüpfungen (und / oder) auf, die wir gemäß unseren eigenen methodischen Vorgaben (vgl. 2.2.4.3) zunächst in einzelne Elemente zergliederten. Diese waren dann alleine stehend oft nicht mehr aussagekräftig oder enthielten keine hinreichend differenzierende Semantik mehr. Das war beispielsweise bei der Formulierung „anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 675) der Fall: Während die erste Unterteilung in „anhaltender Wunsch“ und „erfolglose Versuche“ durchaus eigenständige Aspekte zutage treten lassen, ist dies bei der zweiten Unterteilung, nämlich in „den Alkoholkonsum verringern“ und „den Alkoholkonsum kontrollieren“ viel weniger der Fall, zumal die Konsumkontrolle ja bedingt, dass eine Verringerung des Konsums stattfinden kann. Daher integrierten wir jeweils die verminderte Konsumkontrolle in die Unmöglichkeit zur Konsumverringern, so dass die beiden Symptome „Reduktionswunsch Alkohol“ und „Misserfolg Reduktion Alkohol“ resultierten.

Schließlich nahmen wir vier Symptome in den Symptomkatalog auf, die sich nicht direkt aus den Kriterien zur Alkoholkonsumstörung bzw. zum Abhängigkeitssyndrom ableiten lassen: Die „Akute Alkoholintoxikation“ umfasst im Grunde eine eigenständige Störungskategorie, die wegen ihrer sehr transienten Eigenschaften von der Auswahl für das Klenico-System ausgeschlossen wurde (vgl. 3.2.2.2). Die Entscheidung, die akute Intoxikation dennoch im Bereich der Abhängigkeiten als einzelnes Symptom aufzuführen, rührt daher, dass es diagnostisch sehr aufschlussreich ist, wenn ein Patient im Rahmen eines geplanten und ausführlichen diagnostischen Interviews entsprechende Anzeichen aufweist (vgl. Mann, persönliche Kommunikation, 8. November 2016). Auch das „Entzugssyndrom Alkohol“ stellt eine eigenständige Störungskategorie dar und wurde von uns als Symptom in den Klenico-Katalog inkludiert. Diese Integration steht aber im Einklang mit den diagnostischen Kriterien der Alkoholkonsumstörung bzw. des Abhängigkeitssyndroms, die sowohl im DSM-5 als auch in der ICD-10 jeweils das Entzugssyndrom als Kriterium enthalten. Das Symptom „Lebererkrankung Alkohol“ ist ein sogenannter Biomarker, d.h. ein weitgehend objektiv beurteilbares und messbares Merkmal, anhand dessen – sofern gleichzeitig ein übermäßiger Alkoholkonsum vorliegt – das Ausmaß der rein körperlichen Schädigung durch den Konsum abgeschätzt werden kann. Während sowohl das DSM-5 als auch die ICD-10 auf eine explizite Erwähnung dieses Biomarkers verzichten, wird er in den S3-Leitlinien ausführlich als Diagnostikum erörtert (AWMF, 2016, S. 21–26). Eine weitere Möglichkeit, um objektiv feststellbare Biomarker zu vermerken, stellt das Symptom „Nachweis chronischer Alkoholkonsum“ dar. Dazu gehören u.a. die Ergebnisse aus Laboranalysen von Blut- oder Haarproben, die dem Diagnostiker vorliegen.

In der Tabelle 3.34 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Unterbereich der Alkoholabhängigkeit beläuft sich ohne Subspezifikationen auf 17. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.14).

Tabelle 3.34: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Unterbereich „Abhängigkeiten: Alkohol“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
------------------------------	-------------------------------	-------------------------	----------

Störung durch Alkoholkonsum	Abhängigkeitssyndrom – Alkohol	Bereich 09.1 – Alkohol	
Alkohol wird häufig in größeren Mengen konsumiert		Konsumfrequenz Alkohol	1
		Konsummenge Alkohol	2
		Binge-Drinking	3
	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums (...)	Unkontrollierbarer Alkoholkonsum	4
	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...), deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz (...) konsumiert wird als geplant	--- (enthalten in: Unkontrollierbarer Alkoholkonsum)	
Alkohol wird häufig länger als beabsichtigt konsumiert	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...), deutlich daran, dass oft (...) über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant	--- (nicht operationalisierbar)	
anhaltender Wunsch, den Alkoholkonsum zu verringern	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an dem anhaltenden Wunsch (...), den Substanzkonsum zu verringern	Reduktionswunsch Alkohol	5
anhaltender Wunsch, den Alkoholkonsum zu kontrollieren	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an dem anhaltenden Wunsch (...), den Substanzkonsum zu kontrollieren	--- (enthalten in: Reduktionswunsch Alkohol)	
erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an (...) den erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern	Misserfolg Reduktion Alkohol	6
erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu kontrollieren	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an (...) den erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu kontrollieren	--- (enthalten in: Misserfolg Reduktion Alkohol)	
hoher Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen (...)	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen	--- (im Erwachsenenalter irrelevant)	
hoher Zeitaufwand, um (...) Alkohol zu konsumieren	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu konsumieren	Freizeitanteil mit Alkohol	10

hoher Zeitaufwand, um (...) sich von der Wirkung [von Alkohol] zu erholen	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, sich [von der Substanz] zu erholen	--- (nicht operationalisierbar)	
Craving oder ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren	ein starkes Verlangen (Craving) oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren	Craving Alkohol	7
wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt		Pflichtverletzung Alkohol	8
fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen von Alkohol verursacht oder verstärkt werden	anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen	Konsumfortsetzung Alkohol A + B	9
wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder eingeschränkt	Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs	Einengung auf Alkoholkonsum	14
wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt		Konsumfortsetzung Alkohol C	9
fortgesetzter Alkoholkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Alkohol verursacht wurde oder verstärkt wird	fortgesetzter Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte	Konsumfortsetzung Alkohol D	9
Toleranzentwicklung (...) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen	Toleranzentwicklung (...). Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden	Toleranzentwicklung Alkohol	11
Toleranzentwicklung (...) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Alkohol	Toleranzentwicklung (...) es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf	--- (enthalten in: Toleranzentwicklung Alkohol)	
Entzugssymptome (...) charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf Alkohol (...)	ein körperliches Entzugssyndrom (Flx.3 und Flx.4), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird (...)	Entzugssyndrom Alkohol	15

Entzugssymptome (...) Alkohol (oder eine sehr ähnliche Substanz, wie etwa Benzodiazepine) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden	Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden	--- (enthalten in: <i>Entzugssyndrom Alkohol</i>)	
		Akute Alkoholintoxikation	13
		Lebererkrankung Alkohol	16
		Nachweis chronischer Alkoholkonsum	17
Schädlicher Gebrauch		Bereich 09.1 – Alkohol	
	deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist (oder wesentlich dazu beigetragen hat) für die körperlichen oder psychischen Schäden (...)	Schädigung durch Alkohol	14
	(...) einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit	--- (enthalten in: <i>Schädigung durch Alkohol</i>)	
	(...) einschließlich des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führt.	--- (enthalten in: <i>Schädigung durch Alkohol</i>)	
	die Art der Schädigung sollte klar festgestellt und bezeichnet werden können	--- (enthalten in: <i>Schädigung durch Alkohol</i>)	

3.2.4.15. Symptome der Abhängigkeiten: Drogen

Der Unterbereich „Abhängigkeiten Drogen“ des Klenico-Systems umfasst die vier Substanzklassen Opioide, Cannabinoide, Stimulanzien und Halluzinogene und somit auch die entsprechenden vier Substanzkonsumstörungen des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 661–810) bzw. die Abhängigkeitssyndrome der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 76–78). Wie an anderer Stelle bereits erläutert, lag der Grund für die Zusammenlegung zu einem einzelnen Unterbereich darin, dass die genannten Substanzklassen durch den umgangssprachlichen Überbegriff „Drogen“ insbesondere in der Selbstauskunft gut zu erfassen sind

(vgl. 3.2.3). Einige grundlegende Anmerkungen zur Symptomzergliederung der Abhängigkeitskriterien wurden bereits zu Beginn des letzten Unterkapitels (vgl. 3.2.4.14) gemacht und haben auch für den Unterbereich Drogen ihre Gültigkeit.

Durch die Zusammenlegung verschiedener Substanzklassen bekam das erste DSM-5-Kriterium, der häufige Konsum in größeren Mengen, eine zusätzliche Unschärfe: Trotz der Aufteilung in mehrere spezifische Substanzen bzw. Substanzklassen, sind im DSM-5 keine konkreten, quantitativen Angaben zu finden, ab wann jeweils ein häufiger Konsum und ab wann eine größere Konsummenge vorliegt. Die Möglichkeit der Hinzunahme von entsprechenden Informationen aus den verfügbaren Leitlinien, wie wir dies im Unterbereich Alkoholabhängigkeit tun konnten, fiel allein durch die Zusammenfassung von multiplen Substanzen zu einem Bereich (Drogenabhängigkeit) weg. Dadurch bleiben letztlich keinerlei Anhaltspunkte, ab welcher Häufigkeit und bei welchen Mengen ein „Drogenkonsum“ an sich als risikant einzuschätzen ist. Allein zwischen Cannabinoiden und Opioiden dürfte es diesbezüglich massive Unterschiede geben. Im Übrigen existierten entsprechende AWMF-Leitlinien für die fraglichen Substanzklassen entweder gar nicht, oder sie waren noch nicht ausgereift genug, um den S3-Standard zu erreichen (vgl. AWMF, 2020). Vor diesem Hintergrund entschieden wir, den Konsum nicht nach Menge und Frequenz aufzuteilen, sondern in einem einzelnen Symptom („Drogenkonsum“) abzuhandeln.

Die übrige Symptom-Extraktion führte zu einer nahezu identischen Struktur wie bei der Alkoholabhängigkeit (vgl. 3.2.4.14), mit drei Ausnahmen: Erstens wurde ein zusätzliches Symptom konzipiert („Substanzklasse Selbstauskunft“), um den Patienten in der Selbstauskunft die Möglichkeit zu geben, das Schlagwort „Drogenkonsum“ nach Substanzklassen zu spezifizieren. Zweitens fiel das (für die Alkoholerkrankung sehr spezifische) Symptom „Lebererkrankung Alkohol“ weg. Für den Vermerk der durch Drogenkonsum entstandene oder damit zusammenhängende körperlichen Schädigungen bleibt indes das Symptom „Schädigung durch Drogen“. Drittens trat an die Stelle des Symptoms „Nachweis chronischer Alkoholkonsum“ das Symptom „Nachweis Drogenkonsum“, welches wiederum fünf Subspezifikationen für verschiedene Substanzklassen aufweist. Diese semantische Verschiebung ist insofern gerechtfertigt, als dass bei der legalen Substanz Alkohol hauptsächlich der chronische Konsum risikobehaftet ist (vgl. AWMF, 2016), während bei den unter „Drogen“ zusammengefassten, meist illegalen Substanzen auch ein unregelmäßiger Konsum als problematisch einzustufen ist.

Desweiteren wurden im Unterkapitel zur Alkoholabhängigkeit bereits einige semantische Aspekte der Symptomzerlegung erörtert, wobei die Argumentationen im Wesentlichen eins zu eins auf den Unterbereich der Drogenabhängigkeit übertragbar sind. Dabei geht es um die geplante Dauer des Konsums, den hohen Zeitaufwand für den Konsum, die lange Erholung vom Konsum sowie den hohen Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen (vgl. 3.2.4.14). Während der letztgenannte Aspekt im Zusammenhang mit Alkohol (bei erwachsenen Patienten im westlichen Kulturkreis) offenkundig obsolet erscheint, verdient er im Zusammenhang mit Drogen eine etwas genauere Betrachtung. Dabei geht es mitunter um die Frage, ob die Problematik der Beschaffungskriminalität (vgl. Gastpar, Heinz, Poehlke & Raschke, 1998) unter diesem diagnostischen Kriterium vermerkt werden soll. Aufgrund zweier verschiedener Überlegungen haben wir uns letztlich dagegen entschieden: Erstens nahmen wir an, dass die beim individuellen Konsumenten anfallenden Schwierigkeiten zur Beschaffung illegaler Substanzen nicht zuletzt durch die modernen Kommunikationsmittel so gering geworden sind, dass der Aspekt des zeitlichen Aufwands die Problematik nicht adäquat widerspiegelt. Zweitens hängt die sogenannte indirekte Beschaffungskriminalität mit so vielen anderen Faktoren – u.a. persönlichkeitsbezogene Aspekte und sozioökonomische Verhältnisse – zusammen, dass es nicht angezeigt wäre, sie im Sinne eines Symptoms (vgl. 1.3.1.3) zu operationalisieren. Schließlich bleibt zu erwähnen, dass die im Unterbereich Alkoholabhängigkeit erfolgten Ausführungen zu den formallogischen Verknüpfungen im Zusammenhang mit Konsumkontrolle und Reduktionswunsch (vgl. 3.2.5.14) auch für den Unterbereich der Drogenabhängigkeiten gelten.

In der Tabelle 3.35 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Unterbereich der Drogenabhängigkeit beläuft sich ohne Subspezifikationen auf 15. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.15).

Tabelle 3.35: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Unterbereich „Abhängigkeiten: Drogen“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Störung durch Drogenkonsum	Abhängigkeitssyndrom - Drogen	Bereich 09.2 – Drogen	

[X] wird häufig in größeren Mengen konsumiert		Drogenkonsum	1
	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums (...)	Unkontrollierbarer Drogenkonsum	2
	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...), deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz (...) konsumiert wird als geplant	--- (enthalten in: Unkontrollierbarer Drogenkonsum)	
[X] wird häufig länger als beabsichtigt konsumiert	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...), deutlich daran, dass oft (...) über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant	--- (nicht operationalisierbar)	
anhaltender Wunsch, den [X]-Konsum zu verringern	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an dem anhaltenden Wunsch (...), den Substanzkonsum zu verringern	Reduktionswunsch Drogen	3
anhaltender Wunsch, den [X]-Konsum zu kontrollieren	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an dem anhaltenden Wunsch (...), den Substanzkonsum zu kontrollieren	--- (enthalten in: Reduktionswunsch Drogen)	
erfolglose Versuche, den [X]-Konsum zu verringern	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an (...) den erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern	Misserfolg Reduktion Drogen	4
erfolglose Versuche, den [X]-Konsum zu kontrollieren	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an (...) den erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu kontrollieren	--- (enthalten in: Misserfolg Reduktion Drogen)	
hoher Zeitaufwand, um [X] zu beschaffen (...)	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen	--- (nicht operationalisierbar)	
hoher Zeitaufwand, um (...) [X] zu konsumieren	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu konsumieren	Freizeitanteil mit Drogenkonsum	8
hoher Zeitaufwand, um (...) sich von der Wirkung [von X] zu erholen	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, sich [von der Substanz] zu erholen	--- (nicht operationalisierbar)	
Craving oder ein starkes Verlangen, [X] zu konsumieren	ein starkes Verlangen (Craving) oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren	Craving Drogen	5

wiederholter [X]-Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt		Pflichtverletzung Drogen	6
fortgesetzter [X]-Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen von [X] verursacht oder verstärkt werden	anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen	Konsumfortsetzung Drogen A + B	7
wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des [X]-konsums aufgegeben oder eingeschränkt	Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs	Einengung auf Drogenkonsum	13
wiederholter [X]-Konsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt		Konsumfortsetzung Drogen C	7
fortgesetzter [X]-Konsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch [X] verursacht wurde oder verstärkt wird	fortgesetzter Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte	Konsumfortsetzung Drogen D	7
Toleranzentwicklung (...) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen	Toleranzentwicklung (...). Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden	Toleranzentwicklung Drogen	9
Toleranzentwicklung (...) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an [X]	Toleranzentwicklung (...) es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf	--- (enthalten in: Toleranzentwicklung Drogen)	
Entzugssymptome (...) charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf [X] (...)	ein körperliches Entzugssyndrom (F1x.3 und F1x.4), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird (...)	Entzugssyndrom Drogen	14
Entzugssymptome (...) [X] (oder eine sehr ähnliche Substanz) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden	Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden	--- (enthalten in: Entzugssyndrom Drogen)	
		Selbstauskunft Substanzklasse	10
		Akute Intoxikation Drogen	11
		Nachweis Drogenkonsum	15
Schädlicher Gebrauch			

deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist (oder wesentlich dazu beigetragen hat) für die körperlichen oder psychischen Schäden (...)	Schädigung durch Drogen	12
(...) einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit	--- (enthalten in: <i>Schädigung durch Drogen</i>)	
(...) einschließlich des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führt.	--- (enthalten in: <i>Schädigung durch Drogen</i>)	
die Art der Schädigung sollte klar festgestellt und bezeichnet werden können	--- (enthalten in: <i>Schädigung durch Drogen</i>)	

Abkürzungen: [X] steht für eine der vier Substanzklassen gemäß DSM-5, die in diesem Unterbereich zusammengefasst wurden (Opiode, Cannabinoide, Stimulanzien und Halluzinogene).

3.2.4.16. Symptome der Abhängigkeiten: Medikamente

Die Abhängigkeit von Medikamenten wurde für das Klenico-System als eigenständiger Unterbereich konzipiert, weil anzunehmen ist, dass sie im laienhaften Verständnis von Suchterkrankungen insbesondere gegenüber Alkohol und Drogen eine Sonderstellung einnimmt: Medikamente gelten – sofern sie ärztlich verschrieben wurden – als legal und gesundheitsfördernd. Gerade in jüngster Zeit sind allerdings Zahlen insbesondere aus den USA publik geworden, die eine drastische Zunahme von Medikamentenabhängigkeiten belegen (z.B. Borsari & Read, 2019) – ein Phänomen, das unter dem Schlagwort „Opioid Crisis“ auch große Medienaufmerksamkeit erlangte. Vor diesem Hintergrund scheint es durchaus angezeigt, die Problematik auch im Rahmen einer umfassenden Symptomerhebung gezielt zu adressieren, zumal es sich bei den Betroffenen um eine Patientengruppe handeln dürfte, die sich insgesamt deutlich von Patienten mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeiten unterscheidet.

Im Zusammenhang der Alkohol- und Drogenabhängigkeit ergab sich bereits die Schwierigkeit, das erste DSM-5-Kriterium, den häufigen Konsum größerer Mengen, zu operationalisieren (vgl. 3.2.4.14 und 3.2.4.15). Bei der Medikamentenabhängigkeit stellt sich das Problem sogar noch etwas verschärft, zumal der Konsum zahlreicher und hochdosierter Medikamente noch längst kein Anzeichen für eine Abhängigkeit im Sinne der DSM-5- oder ICD-10-Kriterien darstellt. Zur Operationalisierung dieses Kriteriums fokussierten wir daher auf zwei Aspekte: Der erste betraf ein psychisches Moment, nämlich das subjektive Gefühl, von

bestimmten Medikamenten abhängig zu sein („Abhängigkeitsgefühl Medikamente“). Der zweite Aspekt betraf ein problematisches verhaltensbezogenes Moment, nämlich die Einnahme von Medikamenten ohne entsprechende ärztliche Verordnung („Selbstmedikation“).

Die aus der übrigen Zergliederung der diagnostischen Kriterien zu Abhängigkeiten resultierende Symptomstruktur, die im Unterkapitel zur Alkoholabhängigkeit bereits ausführlich erläutert wurde (vgl. 3.2.4.14), stellte – wie schon für die Drogenabhängigkeit – auch hier die Ausgangslage für eine angemessene Operationalisierung dar. Dieses Vorgehen steht wiederum im Einklang mit dem Umstand, dass die diagnostischen Kriterien der Konsumstörung gemäß DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 661–810) bzw. des Abhängigkeitssyndroms gemäß ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 76–78) unabhängig von der betreffenden Substanz inhaltlich fast identisch sind. Diejenigen Aspekte, die wir im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen als unrealistisch, überflüssig oder aus anderen Gründen für nicht operationalisierbar erachteten, ließen wir auch für den Unterbereich der Medikamentenabhängigkeit weg – die detaillierten Begründungen sind den beiden vorangehenden Unterkapiteln zu entnehmen (vgl. 3.2.4.14 und 3.2.4.15). Da aber für die Klenico-Software die inhaltliche Angemessenheit und die damit zusammenhängende Effizienz bei der Symptomerfassung im Vordergrund stand, übernahmen wir die zur Alkoholabhängigkeit erarbeitete Symptomstruktur nicht einfach eins zu eins, sondern reduzierten sie weiter, wenn bestimmte inhaltliche Aspekte aus der Formulierung der diagnostischen Kriterien für die Medikamentenabhängigkeit nicht passend erschienen.

Das war etwa beim Symptom „Unkontrollierbarer [X]-Konsum“ der Fall, zumal die Vorstellung unrealistisch erscheint, dass die Einnahme von Medikamenten in einen unkontrollierbaren „Konsumrausch“ mündet, wovon wir bei der Operationalisierung im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen indes ausgingen. Deutlich realitätsnaher erschien uns dagegen eine Kontrollminderung, die sich dadurch bemerkbar macht, dass eine Konsumreduktion trotz entsprechender Bemühungen langfristig nicht gelingt, wofür die Symptome „Reduktionswunsch Medikamente“ und „Misserfolg Reduktion Medikamente“ stehen. Auch der Aspekt des hohen Zeitaufwands für den Konsum, den wir bei Alkohol und Drogen über den unter Substanzeinfluss verbrachten Freizeitanteil operationalisierten, schien uns in Bezug auf Medikamente als realitätsfern, sodass wir ihn wegließen. Was Entzugserscheinungen anging, verzichteten wir auf ein entsprechendes Indikator-Item in der Selbstauskunft, weil wir davon ausgingen, dass eine betroffene Person nicht in der Lage sein würde, zuverlässig zwischen der Wahrnehmung von spezifischen Entzugssymptomen und dem Wegfall der vom Medikament

erhofften Wirkung zu unterscheiden. Das Symptom „Akute [X]-Intoxikation“ ließen wir weg, weil erstens die Unterscheidung zwischen angemessener Wirkung und einer tatsächlichen Intoxikation bei Medikamenteneinnahme ohne umfangreiche Kontextinformationen schwierig einzuschätzen ist, und weil zweitens eine bestehende Medikation im Rahmen eines diagnostischen Interviews nicht per se auffällig sein muss. Wiederum aufgrund eines zu geringen Realitätsbezugs ließen wir das Symptom „Einengung auf [X]-Konsum“ weg, weil es uns abwegig erschien, dass ein Medikamentenkonsum tatsächlich zum nahezu einzigen Lebensinhalt wird, ohne dass das Suchtverhalten auch andere Substanzen wie Alkohol oder Drogen umfasst. Schließlich adaptierten wir das Symptom „Nachweis (chronischer) [X]-Konsum“ zum Symptom „Arzneistoffgruppe“, wo es darum geht, die betreffende Substanz entweder aufgrund von Biomarkern (z.B. Ergebnissen aus Laboruntersuchungen) oder aufgrund der Angaben des Patienten zu spezifizieren.

In der Tabelle 3.36 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Unterbereich der Medikamentenabhängigkeit beläuft sich ohne Subspezifikationen auf 11. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.16).

Tabelle 3.36: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Unterbereich „Abhängigkeiten: Medikamente“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Störung durch Medikamentenkonsum	Abhängigkeitssyndrom - Medikamente	Bereich 09.3 – Medikamente	
[X] wird häufig in größeren Mengen konsumiert		Abhängigkeitsgefühl Medikamente	1
		Selbstmedikation	2
	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums (...)	--- (bei Medikamenten irrelevant)	
	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...), deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz (...) konsumiert wird als geplant	--- (nicht operationalisierbar)	

[X] wird häufig länger als beabsichtigt konsumiert	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...), deutlich daran, dass oft (...) über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant	--- (nicht operationalisierbar)	
anhaltender Wunsch, den [X]-Konsum zu verringern	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an dem anhaltenden Wunsch (...), den Substanzkonsum zu verringern	Reduktionswunsch Medikamente	3
anhaltender Wunsch, den [X]-Konsum zu kontrollieren	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an dem anhaltenden Wunsch (...), den Substanzkonsum zu kontrollieren	--- (enthalten in: Reduktionswunsch Medikamente)	
erfolglose Versuche, den [X]-Konsum zu verringern	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an (...) den erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern	Misserfolg Reduktion Medikamente	4
erfolglose Versuche, den [X]-Konsum zu kontrollieren	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an (...) den erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu kontrollieren	--- (enthalten in: Misserfolg Reduktion Medikamente)	
hoher Zeitaufwand, um [X] zu beschaffen (...)	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen	--- (nicht operationalisierbar)	
hoher Zeitaufwand, um (...) [X] zu konsumieren	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu konsumieren	--- (bei Medikamenten irrelevant)	
hoher Zeitaufwand, um (...) sich von der Wirkung [von X] zu erholen	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, sich [von der Substanz] zu erholen	--- (nicht operationalisierbar)	
Craving oder ein starkes Verlangen, [X] zu konsumieren	ein starkes Verlangen (Craving) oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren	Craving Medikamente	5
wiederholter [X]-Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt		Pflichtverletzung Medikamente	6
fortgesetzter [X]-Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen von [X] verursacht oder verstärkt werden	anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen	Konsumfortsetzung Medikamente	7

wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des [X]-konsums aufgegeben oder eingeschränkt	Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs	--- (bei Medikamenten irrelevant)	
wiederholter [X]-Konsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt		Konsumfortsetzung Medikamente	7
fortgesetzter [X]-Konsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch [X] verursacht wurde oder verstärkt wird	fortgesetzter Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte	--- (bei Medikamenten irrelevant) --- (nicht operationalisierbar)	
Toleranzentwicklung (...) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen	Toleranzentwicklung (...). Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden	Toleranzentwicklung Medikamente A	8
Toleranzentwicklung (...) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an [X]	Toleranzentwicklung (...) es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf	Toleranzentwicklung Medikamente B	8
Entzugssymptome (...) charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf [X] (...)	ein körperliches Entzugssyndrom (F1x.3 und F1x.4), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird (...)	Entzugssyndrom Medikamente	10
Entzugssymptome (...) [X] (oder eine sehr ähnliche Substanz) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden	Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden	--- (enthalten in: Entzugssyndrom Medikamente)	
		Arzneistoffgruppe	11
Schädlicher Gebrauch			
	deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist (oder wesentlich dazu beigetragen hat) für die körperlichen oder psychischen Schäden (...)	Schädigung durch Medikamente	9
	(...) einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit	--- (enthalten in: Schädigung durch Medikamente)	
	(...) einschließlich des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führt.	--- (enthalten in: Schädigung durch Medikamente)	

3.2.4.17. Symptome der Abhängigkeiten: Tabak

Zur Tabakabhängigkeit stellten sich zunächst zwei grundlegende Fragen, erstens nämlich, ob es überhaupt angezeigt ist, sie in ein diagnostisches Instrument für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung aufzunehmen, und zweitens, ob sie einen eigenständigen Unterbereich darstellen soll. Unserer eigenen Einschätzung nach hätten wir die erste Frage mit Nein beantwortet, d.h. die Tabakabhängigkeit gar nicht erst ins Item-Inventar aufgenommen. Uns erschien insbesondere die Gefahr von psychischen Folgeschäden einer Tabakabhängigkeit im Vergleich zu den anderen Abhängigkeiten verhältnismäßig gering, sodass wir deren Erfassung im Rahmen einer allgemeinen Diagnostik psychischer Störungen als irrelevant erachteten. Konkret dürfte beispielsweise niemand aufgrund einer Tabakabhängigkeit seine soziale Eingebundenheit nachhaltig verlieren, was bei den anderen im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 661–810) und in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 61–89) aufgeführten Substanzen eine realistische Gefahr darstellt. Der von uns dazu befragte Experte, Prof. Karl Mann, widersprach unserer Einschätzung jedoch deutlich und hob dabei insbesondere den gesundheitlichen Schaden für den Konsumierenden selbst, aber auch für sein unmittelbares Umfeld hervor (Mann, persönliche Kommunikation, 8. November 2016). Dieser Experteneinschätzung entsprechend konzipierten wir daher die Tabakabhängigkeit als eigenständigen Unterbereich. Das erlaubte die inhaltlich gesonderte Adressierung einer Patientengruppe, die nicht nur mit den anderen Unterbereichen der Abhängigkeit, sondern auch mit vielen anderen Störungsbereichen eine sehr hohe Überschneidung aufweisen dürfte. Bei der Umsetzung bemühten wir uns allerdings, diesen Unterbereich bezüglich des Erhebungsaufwands für Patienten und Diagnostiker so gering wie möglich zu halten.

Wie schon bei der Drogen- und der Medikamentenabhängigkeit gingen wir als Basis von der Symptomstruktur der Alkoholabhängigkeit aus (vgl. 3.2.4.14) und reduzierten diese weiter, wenn bestimmte Symptome im Rahmen der Tabakabhängigkeit als irrelevant oder nicht operationalisierbar erschienen. Das war insbesondere beim Symptom „Pflichtverletzung“ der Fall, d.h. dem Umstand, dass jemand aufgrund von Tabakkonsum nicht in der Lage

sein sollte, seinen Pflichten im üblichen Ausmaß nachzukommen. Da Tabak aber im Vergleich mit anderen gesundheitsgefährdenden Substanzen nur eine äußerst geringe Einschränkung des Bewusstseins, der Konzentrations- und der Reaktionsfähigkeit verursacht, erschien uns ein entsprechendes Szenario kaum realistisch. Ebenfalls hinfällig war das Symptom „Nachweis (chronischer) [X]-Konsum“ bzw. „Arzneistoffgruppe“, weil bei der Substanzklasse Tabak im gegebenen Rahmen keine weitere Spezifizierung angezeigt ist. Der Tabelle 3.37 ist ein Vergleich der Symptomstrukturen über die vier Unterbereiche der Abhängigkeiten zu entnehmen. In dieser Übersicht ist erkennbar, welche Symptome – ausgehend von der Struktur zur Alkoholabhängigkeit – schrittweise für die anderen Unterbereiche weiter reduziert wurden.

Tabelle 3.37: Vergleich der Klenico-Symptomstrukturen über die vier Unterbereiche der Abhängigkeiten.

<i>Alkohol</i>	<i>Drogen</i>	<i>Medikamente</i>	<i>Tabak</i>
Konsumfrequenz Alkohol	Drogenkonsum	Abhängigkeitsgefühl Medikamente	Tabakkonsum
Konsummenge Alkohol		Selbstmedikation	
Binge-Drinking			
Unkontrollierbarer Alkoholkonsum	Unkontrollierbarer Drogenkonsum		
Reduktionswunsch Alkohol	Reduktionswunsch Drogen	Reduktionswunsch Medikamente	Reduktionswunsch Tabak
Misserfolg Reduktion Alkohol	Misserfolg Reduktion Drogen	Misserfolg Reduktion Medikamente	Misserfolg Reduktion Tabak
Craving Alkohol	Craving Drogen	Craving Medikamente	Craving Tabak
Pflichtverletzung Alkohol	Pflichtverletzung Drogen	Pflichtverletzung Medikamente	
Konsumfortsetzung Alkohol	Konsumfortsetzung Drogen	Konsumfortsetzung Medikamente	Konsumfortsetzung Tabak
Freizeitanteil mit Alkohol	Freizeitanteil mit Drogen		
Toleranzentwicklung Alkohol	Toleranzentwicklung Drogen	Toleranzentwicklung Medikamente	Toleranzentwicklung Tabak
	Substanzklasse Selbstauskunft		
Entzugssyndrom Alkohol	Entzugssyndrom Drogen		Entzugssyndrom Tabak

Akute Alkoholintoxikation	Akute Intoxikation Drogen		
Schädigung durch Alkohol	Schädigung durch Drogen	Schädigung durch Medikamente	Schädigung durch Tabak
Einengung auf Alkoholkonsum	Einengung auf Drogenkonsum		
Entzugssyndrom Alkohol	Entzugssyndrom Drogen	Entzugssyndrom Medikamente	Entzugssyndrom Tabak
Lebererkrankung Alkohol			
Nachweis chronischer Alkoholkonsum	Nachweis Drogenkonsum	Arzneistoffgruppe	

Das DSM-5-Kriterium des häufigen Konsums größerer Mengen an Tabak (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 784) operationalisierten wir – um der Maßgabe einer mit möglichst unaufwändigen Erhebung gerecht zu werden – mit einem einzelnen Symptom, das zugleich auch das einzige Screening-Item für diesen Unterbereich darstellt. Durch diese Entscheidung fiel zwar einerseits die Option weg, in einer späteren Entwicklungsphase des Klenico-Systems die Sensitivität des Screenings durch eine algorithmische Verschaltung zweier unabhängiger Symptome zu regulieren (vgl. 2.2.2.2). Andererseits entspricht eine niederschwellige Symptomerhebung in diesem Bereich den Empfehlungen der S3-Leitlinie, die zu einer breit angelegten und systematischen Dokumentation des Tabakkonsums rät (AWMF, 2015a, S. 36).

In der Tabelle 3.38 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Unterbereich der Tabakabhängigkeit beläuft sich ohne Subspezifikationen auf acht. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.17).

Tabelle 3.38: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Unterbereich „Abhängigkeiten: Tabak“.

Kriterien gemäß DSM-5	Kriterien gemäß ICD-10	Klenico-Symptome	#
Störung durch Tabakkonsum	Abhängigkeitssyndrom - Tabak	Bereich 09.4 – Tabak	

[X] wird häufig in größeren Mengen konsumiert		Tabakkonsum	1
	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums (...)	--- (<i>bei Tabak irrelevant</i>)	
	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...), deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz (...) konsumiert wird als geplant	--- (<i>nicht operationalisierbar</i>)	
[X] wird häufig länger als beabsichtigt konsumiert	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...), deutlich daran, dass oft (...) über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant	--- (<i>nicht operationalisierbar</i>)	
anhaltender Wunsch, den [X]-Konsum zu verringern	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an dem anhaltenden Wunsch (...), den Substanzkonsum zu verringern	Reduktionswunsch Tabak	2
anhaltender Wunsch, den [X]-Konsum zu kontrollieren	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an dem anhaltenden Wunsch (...), den Substanzkonsum zu kontrollieren	--- (<i>enthalten in: Reduktionswunsch Tabak</i>)	
erfolglose Versuche, den [X]-Konsum zu verringern	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an (...) den erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern	Misserfolg Reduktion Tabak	3
erfolglose Versuche, den [X]-Konsum zu kontrollieren	verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (...) deutlich an (...) den erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu kontrollieren	--- (<i>enthalten in: Misserfolg Reduktion Tabak</i>)	
hoher Zeitaufwand, um [X] zu beschaffen (...)	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen	--- (<i>bei Tabak irrelevant</i>)	
hoher Zeitaufwand, um (...) [X] zu konsumieren	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu konsumieren	--- (<i>bei Tabak irrelevant</i>)	
hoher Zeitaufwand, um (...) sich von der Wirkung [von X] zu erholen	Einengung auf den Substanzgebrauch (...) es wird viel Zeit darauf verwandt, sich [von der Substanz] zu erholen	--- (<i>bei Tabak irrelevant</i>)	
Craving oder ein starkes Verlangen, [X] zu konsumieren	ein starkes Verlangen (Craving) oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren	Craving Tabak	4

wiederholter [X]-Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt		---	(bei Tabak irrelevant)	
fortgesetzter [X]-Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen von [X] verursacht oder verstärkt werden	anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen	---	(bei Tabak irrelevant)	
wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des [X]-konsums aufgegeben oder eingeschränkt	Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs	---	(bei Tabak irrelevant)	
wiederholter [X]-Konsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt		---	(bei Tabak irrelevant)	
fortgesetzter [X]-Konsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch [X] verursacht wurde oder verstärkt wird	fortgesetzter Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte	Konsumfortsetzung Tabak		5
Toleranzentwicklung (...) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen	Toleranzentwicklung (...). Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden	Toleranzentwicklung Tabak		6
Toleranzentwicklung (...) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an [X]	Toleranzentwicklung (...) es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf	---	(enthalten in: Toleranzentwicklung Tabak)	
Entzugssymptome (...) charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf [X] (...)	ein körperliches Entzugssyndrom (F1x.3 und F1x.4), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird (...)	Entzugssyndrom Tabak		8
Entzugssymptome (...) [X] (oder eine sehr ähnliche Substanz) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden	Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden	---	(enthalten in: Entzugssyndrom Tabak)	
Schädlicher Gebrauch				
	deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist (oder wesentlich dazu beigetragen hat) für die körperlichen oder psychischen Schäden (...)	Schädigung durch Tabak		7

(...) einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit	--- (enthalten in: Schädigung durch Tabak)
(...) einschließlich des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führt.	--- (enthalten in: Schädigung durch Tabak)
die Art der Schädigung sollte klar festgestellt und bezeichnet werden können	--- (enthalten in: Schädigung durch Tabak)

3.2.4.18. Symptome der Essstörungen

In den Bereich Essstörungen nahmen wir drei Störungen aus dem DSM-5 auf, von denen zwei, die Anorexia Nervosa und die Bulimia Nervosa auch als entsprechende Störungskategorien in der ICD-10 zu finden sind (F50.0 Anorexia nervosa und F50.2 Bulimia nervosa), was bei der drittem, der Binge-Eating-Störung, nicht der Fall ist. Im direkten Vergleich der jeweiligen Kriterien fallen diejenigen aus dem DSM-5 umfassender und detaillierter aus, insbesondere was die psychischen Aspekte der Störungsbilder angeht. Solche kennzeichnen denn auch im Wesentlichen die Binge-Eating-Störung (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 479), die sich von der Bulimia Nervosa dadurch abgrenzt, dass hier lediglich Essanfälle vorkommen, von den Betroffenen jedoch keine kompensatorischen Maßnahmen zur Gewichtsregulation unternommen werden. Ein Aspekt, der hingegen nur in der ICD-10 zu finden ist, betrifft die „umfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 206) bei der Anorexia nervosa.

Bei der Zergliederung der diagnostischen Kriterien in einzelne Elemente gab es kaum Aspekte, die wir als nicht operationalisierbar erachteten. Etwas zu sehr am Jargon der Betroffenen orientiert schien uns lediglich die Formulierung „Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von ‚fettmachenden‘ Speisen“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 206) aus der ICD-10. Im Wesentlichen ist das Kriterium aber mit dem Symptom „Restriktives Essverhalten“ berücksichtigt. Desweiteren ermöglichte die Zusammenfassung der drei Störungsbilder zu einem übergeordneten Merkmals- bzw. Symptombereich hier eine konkrete Ausdifferenzierung bestimmter Aspekte in den Kriterienformulierungen. Das war etwa der Fall bei der Textpassage „dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt“ aus den DSM-5-Kriterien zur Anorexia Nervosa (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 463), wo

das erwähnte Verhalten eben nicht weiter expliziert wird. Entsprechende Konkretisierungen finden sich dann aber in den Kriterien zur Bulimia Nervosa (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 472), die wir in die Symptome „Erbrechen selbstinduziert“, „Medikamente Gewichtsregulation“, „Fasten“ und „Übermäßiger Sport“ transformierten. Eine weitere Möglichkeit zur Ausdifferenzierung ergab sich innerhalb der DSM-5-Kriterien zur Binge-Eating-Störung, wo die Formulierung „es besteht deutlicher Leidensdruck wegen der Essanfälle“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 479) im Grunde durch die davor schon erwähnten Merkmale konkretisiert wurde, die wir wiederum als Symptome „Scham beim Essen“, „Ekel nach Essanfall“, „Deprimiertheit nach Essanfall“ und „Schuldgefühl nach Essanfall“ umsetzten.

Schließlich konzipierten wir zwei zusätzliche Symptome, die nicht in den diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 oder ICD-10 enthalten sind. Das war zum einen die „Gestörte Selbstwahrnehmung“, die Prof. Voderholzer, den wir als international anerkannter Experte für Essstörungen ausführlich zu dieser Thematik befragten, im Gespräch mehrfach erwähnte (Voderholzer, persönliche Kommunikation, 12. Januar 2017). Zum anderen kreierten wir das Symptom „BMI Übergewicht“ als Ergänzung zum bestehenden und aus den diagnostischen Kriterien ableitbaren Symptom „BMI Untergewicht“. Obwohl das Übergewicht bei keiner Essstörung als diagnostisches Kriterium aufgeführt wird, dürfte es doch ein einigermaßen charakteristisches Merkmal insbesondere der Binge-Eating-Störung sein.

In der Tabelle 3.39 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Bereich Essstörungen beläuft sich auf 28. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.18).

Tabelle 3.39: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Bereich „Essstörungen“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Anorexia Nervosa	F50.0 Anorexia nervosa	Bereich 10 – Essstörungen	
eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme (...)		Restriktives Essverhalten	1

	Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von „fettmachenden“ Speisen	--- (nicht operationalisierbar bzw. enthalten in: Restriktives Essverhalten)	
[die eingeschränkte Energieaufnahme führt] unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf, körperlicher Gesundheit zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht (...)	Gewichtsverlust (...) führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15% unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewicht [Hinweis zur Berechnung des Body Mass Index BMI]	BMI Untergewicht	25
signifikant niedriges Gewicht ist definiert als ein Gewicht, das unterhalb des Minimums des normal zu erwartenden Gewichts liegt		--- (enthalten in: BMI Untergewicht)	
ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme (...)		Angst vor Gewichtszunahme	3
ausgeprägte Angst (...) davor, dick zu werden (...)	(...) eine sich aufdrängende Furcht, zu dick zu werden	--- (enthalten in: Angst vor Gewichtszunahme)	
dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt (...)		--- (ausdifferenziert in: Erbrechen selbstinduziert, Medikamente Gewichtsregulation, Fasten, Übermäßiger Sport)	
Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur (...)	Selbstwahrnehmung als „zu fett“ (...)	Selbstwahrnehmung zu dick	5
Störung der Wahrnehmung (...) des Körpergewichts		Unzufriedenheit Figur/Gewicht	2
	die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest	Niedrige Gewichtslimite	4
		Gestörte Selbstwahrnehmung	26
übertriebener Einfluss des Körpergewichts (...) auf die Selbstbewertung		Selbstwert Gewicht	6
übertriebener Einfluss (...) der Figur auf die Selbstbewertung		Selbstwert Figur	7
anhaltende fehlende Einsicht in Bezug auf den Schweregrad des gegenwärtig geringen Körpergewichts		Fehlende Einsicht	27

	umfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden; sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe (...) eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen dar, die eine Hormonsubstitution erhalten (meist als kontrazeptive Medikation)	Amenorrhoe	12
	[umfassende endokrine Störung der HHG-Achse; sie manifestiert sich] bei Männern als Interesseverlust an Sexualität (...)	Libidoverlust	13
	[umfassende endokrine Störung der HHG-Achse; sie manifestiert sich] bei Männern als (...) Potenzverlust	Impotenz	28
Bulimia Nervosa	F50.2 Bulimia nervosa		
wiederholte Episoden von Essanfällen (...)	häufige Episoden von Fressattacken / Esstaukel (in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche) (...)	Essanfälle	14
[ein Essanfall ist gekennzeichnet durch den] Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. ... 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden	[häufige Episoden von Fressattacken / Esstaukel], bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden	--- (enthaltene in: Essanfälle)	
[ein Essanfall ist gekennzeichnet durch] das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (...)		--- (enthaltene in: Essanfälle)	
(...) z.B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können (...)		Kontrollverlust Essen A	15
[z.B. das Gefühl,] keine Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben		Kontrollverlust Essen B	15
	andauernde Beschäftigung mit dem Essen (...)	--- (enthaltene in: Craving Essen)	
	eine unwiderstehliche Gier oder Zwang zu essen (craving)	Craving Essen	16

wiederholte Anwendung von unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern	Die Patienten versuchen, der Gewichtszunahme durch die Nahrung (...) entgegenzusteuern	--- (ausdifferenziert)	
z.B. selbstinduziertes Erbrechen (...)	selbstinduziertes Erbrechen	Erbrechen selbstinduziert	9
z.B. Missbrauch von Laxanzien (...)	Missbrauch von Abführmitteln	Medikamente Gewichtsregulation	10
z.B. Missbrauch von (...) Diuretika (...)	Gebrauch von (...) Diuretika (...)	--- (enthaltend in: Medikamente Gewichtsregulation)	
	Gebrauch von Appetitzüglern (...)	--- (enthaltend in: Medikamente Gewichtsregulation)	
z.B. Missbrauch von (...) anderen Medikamenten	Gebrauch von (...) Schilddrüsenpräparaten (...)	--- (enthaltend in: Medikamente Gewichtsregulation)	
	wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen	--- (enthaltend in: Medikamente Gewichtsregulation)	
z.B. Fasten	zeitweilige Hungerperioden	Fasten	11
z.B. übermäßige körperliche Bewegung		Übermäßiger Sport	8
die Essanfälle und die unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen treten im Durchschnitt mindestens einmal Mal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf		--- (enthaltend in: Essanfälle)	
Figur (...) [hat] einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung		--- (enthaltend in: Selbstwert Figur)	
(...) Körpergewicht [hat] einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung		--- (enthaltend in: Selbstwert Gewicht)	
	Selbstwahrnehmung als „zu fett“ (...)	--- (enthaltend in: Selbstwahrnehmung zu dick)	
	(...) eine sich aufdrängende Furcht, zu dick zu werden (was meist zu Untergewicht führt)	--- (enthaltend in: Angst vor Gewichtszunahme)	
Binge-Eating-Störung			
wiederholte Episoden von Essanfällen (identische Beschreibung wie bei Bulimia Nervosa)		(vgl. Bulimia Nervosa)	
		BMI Übergewicht	24

wesentlich schneller essen als normal	Essgeschwindigkeit	17
Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl	Völlegefühl Essanfall	18
Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt	Essen ohne Hunger	19
alleine essen aus Scham über die Menge, die man isst	Scham beim Essen	20
Ekelgefühle gegenüber sich selbst (...) nach übermäßigem Essen	Ekel nach Essanfall	21
(...) Deprimiertheit nach dem übermäßigen Essen	Deprimiertheit nach Essanfall	22
(...) große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen	Schuldgefühl nach Essanfall	23
es besteht deutlicher Leidensdruck wegen der Essanfälle	--- (ausdifferenziert durch Scham beim Essen, Ekel nach Essanfall, Deprimiertheit nach Essanfall, Schuldgefühl nach Essanfall)	
die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens einmal Mal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf	--- (enthalten in: Essanfälle)	

3.2.4.19. Symptome der Belastungsstörungen

Der Bereich Belastungsstörungen umfasst im Klenico-System eine Reihe von Störungskonzepten, denen gemeinsam ist, dass sie als Reaktionen auf eine identifizierbare, schwere psychische Belastung zu verstehen sind. Sozusagen der Prototyp dieser Störungsgruppe stellt die Posttraumatische Belastungsstörung dar, deren diagnostische Kriterien im DSM-5 sehr umfangreich ausfallen (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 369–373). Neben der detaillierten Definition eines psychischen Traumas enthalten die DSM-5-Kriterien vier Symptomgruppen, die mit „Intrusionen“, „Vermeidungsverhalten“, „negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmungen“ und „Veränderungen des Erregungsniveaus“ umschrieben werden können. Im Vergleich dazu fallen die diagnostischen Kriterien in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 174–175) deutlich knapper und einfacher aus. Inhaltlich ergeben sich trotzdem relativ viele Übereinstimmungen mit den DSM-5-Kriterien, wobei allerdings die Aspekte der

Symptomgruppe „negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmungen“ in der ICD-10 gänzlich fehlen.

Während die Festlegung, was unter einem psychischen Trauma zu verstehen sei, in der ICD-10 relativ vage als „Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß (...), das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 174) umschrieben ist, benennt das DSM-5 mit „tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 369) drei konkrete Ereigniskategorien. Desweiteren unterscheidet das DSM-5 vier verschiedene Konfrontationsarten, wie die zu diagnostizierende Person der traumatisierenden Situation ausgesetzt sein konnte, nämlich direktes Erleben, persönliches Erleben bei anderen Personen, erfahren, dass einem nahen Verwandten oder Bekannten ein traumatisierendes Ereignis zugestoßen ist sowie die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details eines traumatischen Ereignisses. Prof. Andreas Maercker, der nicht nur ein international anerkannter Experte für Traumafolgestörungen ist, sondern als Mitglied der WHO-Arbeitsgruppe „Stress-related disorders“ auch an der ICD-11-Revision mitarbeitete, erklärte uns, dass die Detailliertheit der Trauma-Definition im DSM-5 nicht zuletzt auf die berühmte Streit- und Gerichtskultur in den USA zurückzuführen sei. Demgegenüber verfolge die WHO auch mit der 11. Revision der ICD keineswegs das Ziel, eine juristisch verwendbare Trauma-Definition zur Verfügung zu stellen, sondern lege den Fokus ganz klar auf die Symptomatik der Betroffenen (Maercker, persönliche Kommunikation, 7. November 2016). Vor diesem Hintergrund entschieden wir uns, bei der Konzeption des Symptoms zum Erleben eines potenziell traumatisierenden Ereignisses („Psychisches Trauma“) zwar die im DSM-5 genannten Ereigniskategorien zu berücksichtigen, nicht aber die unterschiedlichen Konfrontationsarten. Insbesondere die Operationalisierung des Erfahrens, dass einem nahen Verwandten oder Bekannten ein traumatisierendes Ereignis zugestoßen ist, hätte so umständliche Item-Formulierungen zur Folge gehabt, dass sie dem Gebot der Knappheit und Prägnanz (vgl. 2.2.4.5) ohnehin nicht mehr gerecht worden wären.

Von den oben beschriebenen vier Symptomgruppen in den DSM-5-Kriterien (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 369–373) konnten wir die meisten darin beschriebenen Merkmale problemlos als eigenständige Symptome konzipieren. Ausnahmen stellten aber zwei Aspekte der ersten Symptomgruppe („Intrusionen“) und die beiden Aspekte der zweiten Symptomgruppe („Vermeidungsverhalten“) dar: Im ersten Fall geht es um „innere oder äußere Hinweisreize“, die entweder eine „anhaltende psychische Belastung“ oder „deutliche körperliche

Reaktionen“ auslösen. Da aber ohnehin anzunehmen ist, dass die Erinnerung an ein potenziell traumatisierendes Erlebnis für die betroffene Person eine starke Belastung darstellt, fehlten hier für eine taugliche Operationalisierung konkretere Angaben, was diese Belastung ausmacht, damit sie als Symptom, d.h. als Anzeichen für eine Krankheit (vgl. 1.3.1.3), gelten soll. Auch die in der ICD-10 zu findende Formulierung „innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 174) half diesbezüglich nicht weiter. Im zweiten Fall wird in Bezug auf Vermeidungsverhalten eine Unterscheidung getroffen zwischen „belastenden Erinnerungen“ und „Dingen in der Umwelt (...), die belastende Erinnerungen (...) hervorrufen“. Auch wenn es aus Sicht einer funktionalen Erkenntnishaltung (vgl. Bischof, 2009, S. 45) durchaus Sinn macht, zwischen inneren und äußeren Auslösereizen zu unterscheiden, ist anzunehmen, dass diese im phänomenalen Erleben der Betroffenen letztlich zusammenfallen – Erinnerungen werden einfach vermieden. Deshalb entschieden wir uns für die Konzipierung eines einzelnen Symptoms, nämlich „Vermeidung von Erinnerungen“.

Neben den Kernkriterien zur Posttraumatischen Belastungsstörung gibt das DSM-5 die Möglichkeit einer Zusatzcodierung „mit dissoziativen Symptomen“ vor (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 371). Bei den ICD-10-Kriterien ist das nicht der Fall, allerdings existiert hier eine eigenständige Diagnosekategorie mit der Bezeichnung „Depersonalisations- und Derealisationssyndrom“ (ICD-10: F48.1). Die Formulierungen ähneln in beiden Varianten eher einer Beschreibung, stellen also keine Kriterien im engeren Sinne dar, zeigen aber inhaltlich weitgehende Übereinstimmungen mit denjenigen des DSM-5. Wir entschieden daher, zu jedem dieser Phänomene jeweils ein eigenständiges Symptom zu konzipieren.

Die Störungskategorie „Anpassungsstörungen“ stellte insofern eine Besonderheit dar, als dass sie – bis auf das Merkmal der psychosozialen Belastung – keine eigenständige Symptomatik enthält, sondern nur Verweise (in der ICD-10; WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 176–177) bzw. Zusatzcodierungen (im DSM-5; APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 391) mit Bezug auf andere Störungsbereiche. Prof. Maercker (persönliche Kommunikation, 7. November, 2016) erklärte uns aber, dass die Anpassungsstörung auch im neuen ICD-11 enthalten sein wird, dort allerdings mit einem geschärften und eigenständigen Symptomprofil, worin Sorgen und Gedankenkreisen in Bezug auf eine identifizierbare, spezifische Belastungssituation im Vordergrund stehen. Angesichts der Relevanz, die dem Störungsbild weiterhin zugesprochen wird, entschieden wir, das Merkmal der psychosozialen Belastung als eigenständiges Symptom in den Bereich der Belastungsstörungen aufzunehmen. Da die ICD-11 zum

Zeitpunkt dieser Entscheidung noch nicht in ihrer endgültigen Form verabschiedet war, verzichteten wir darauf, die zukünftige Konzeption vorwegzunehmen, erachteten aber die in der ICD-10 und im DSM-5 erwähnte Symptomatik mit den Bereichen Angststörungen und Depression als hinreichend abgedeckt. Außerdem erschienen uns zwei Aspekte aus dem DSM-5 zum Merkmal der psychosozialen Belastung für dessen Operationalisierung als nicht hilfreich. Das war zum einen die Forderung, dass das Leid „unverhältnismäßig zum Schweregrad und zur Intensität des Belastungsfaktors“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 391) zu sein habe, was letztlich eine zu vage Angabe für eine viel zu große Variationsbreite an möglichen Gegebenheiten ist. Außerdem wird gefordert, dass die Symptome „nicht Ausdruck einer gewöhnlichen Trauerreaktion“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 391) sein sollten. Diese Einschränkung ist im Bereich Depression als Hinweis zum Symptom „Depressive Stimmung“ bereits berücksichtigt (vgl. 3.2.5.6).

Schließlich ist in beiden diagnostischen Verzeichnissen eine weitere Störungsgruppe zu finden, die ebenfalls als mögliche Reaktionsmuster bzw. Nachwirkungen traumatischer Erlebnisse aufgefasst werden, nämlich die dissoziativen Störungen. Im DSM-5 machen sie – obwohl hier nur zwei Störungen aufgeführt sind – ein eigenständiges Kapitel aus (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 397–419), in der ICD-10 sind dagegen sieben verschiedene Störungsbilder zu einer Störungskategorie (F44) zusammengefügt (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 178–187). Eine Übereinstimmung gibt es dabei nur bei der „Dissoziativen Amnesie“, deren Kriterien wir aber durch die drei bereits bestehenden Symptome „Traumabezogene Amnesie“, „Psychisches Trauma“ und „Psychosoziale Belastung“ als bereits hinreichend abgedeckt erachteten. Die „Dissoziative Identitätsstörung“ nach DSM-5 findet außerdem ihre Entsprechung in der ICD-10-Diagnose „multiple Persönlichkeit(sstörung)“ (ICD-10: F44.81). Bei dieser wie auch bei den übrigen, nur in der ICD-10 zu findenden dissoziativen Störungen (namentlich bei der „dissoziative Fugue“ F44.1, dem „dissoziativen Stupor“ F44.2, den „Trance- und Besessenheitszuständen“ F44.3, den „dissoziativen Bewegungsstörungen“ F44.4, den „dissoziativen Krampfanfällen“ F44.5 und den „dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen“ F44.6) entschieden wir, die Bezeichnungen jeweils als Subspezifikationen einem übergeordneten Symptom, den „Anderen dissoziativen Zuständen“ zuzuordnen. Neben der anzielenden Übersichtlichkeit konnte dadurch gewährleistet werden, dass die verschiedenen Erscheinungsbilder nicht aufgrund ihrer teilweise doch etwas exotischen Anmutung zu viel diagnostische Aufmerksamkeit auf sich ziehen, sondern in angemessener Nüchternheit als Spielarten dissoziativer Phänomene gesehen werden. Das hatte allerdings auch zur Folge, dass

eines der beiden allgemeinen Kriterien für dissoziative Störungen, nämlich ein „überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 179) in dem durch die Software vorgegebenen Rahmen nicht angemessen operationalisiert werden konnte und der Beurteilung durch den Diagnostiker überlassen blieb.

In der Tabelle 3.40 sind die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert und den entsprechenden Einheiten aus der ICD-10 gegenübergestellt. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der dritten Spalte aufgelistet. Ausschlüsse einzelner Aspekte sind jeweils stichwortartig begründet. Die Gesamtzahl der extrahierten Symptome im Bereich Belastungsstörungen beläuft sich auf 24. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.19).

Tabelle 3.40: Zergliederung und Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Bereich „Belastungsstörungen“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Posttraumatische Belastungsstörung	F43.1 posttraumatische Belastungsstörung		
direktes Erleben von tatsächlichem Tod		Psychisches Trauma	1
direktes Erleben von drohendem Tod		--- (enthalten in: Psychisches Trauma)	
direktes Erleben einer ernsthaften Verletzung		--- (enthalten in: Psychisches Trauma)	
direktes Erleben von sexueller Gewalt		--- (enthalten in: Psychisches Trauma)	
persönliches Erleben von tatsächlichem Tod bei anderen Personen		--- (enthalten in: Psychisches Trauma)	
persönliches Erleben von drohendem Tod bei anderen Personen		--- (enthalten in: Psychisches Trauma)	
persönliches Erleben einer ernsthaften Verletzung bei anderen Personen		--- (enthalten in: Psychisches Trauma)	
persönliches Erleben von sexueller Gewalt bei anderen Personen		--- (enthalten in: Psychisches Trauma)	
Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder engen Freund tatsächlicher Tod zugestoßen ist		--- (nicht operationalisierbar)	

Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder engen Freund drohender Tod zugestoßen ist		---	(nicht operationalisierbar)
Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder engen Freund eine ernsthafte Verletzung zugestoßen ist		---	(nicht operationalisierbar)
Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder engen Freund sexuelle Gewalt zugestoßen ist		---	(nicht operationalisierbar)
Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren traumatischen Ereignissen (z.B. Ersthelfer ..., Polizisten ...)		---	(enthalten in: Psychisches Trauma)
	die betroffene Person war einem kurz anhaltenden Ereignis (...) von außergewöhnlicher Bedrohung ausgesetzt (...)	---	(enthalten in: Psychisches Trauma)
	die Person war einem lang anhaltenden (...) Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung ausgesetzt (...)	---	(enthalten in: Psychisches Trauma)
	die Person war einem kurz anhaltenden Ereignis (...) mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt (...)	---	(enthalten in: Psychisches Trauma)
	die Person war einem lang anhaltenden (...) Geschehen mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt (...)	---	(enthalten in: Psychisches Trauma)
	[Ereignis oder Geschehen], das bei nahezu jedem tiefgreifende Ver zweiflung auslösen würde	---	(enthalten in: Psychisches Trauma)
Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen), die auf das oder die traumatischen Ereignisse bezogen sind und die nach dem oder den traumatisierenden Ereignissen aufgetreten sind	anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung (...)	---	(ausdifferenziert)
wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) (...)	lebendige Erinnerungen	Intrusionen	3
wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalt und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen	sich wiederholende Träume	Belastende Träume	4

dissoziative Reaktionen (z.B. Flashbacks), bei denen die Person fühlt (...), als ob sich das oder die traumatischen Ereignisse wieder ereignen würden	aufdringliche Nachhallerinnerungen	Flashbacks	5
dissoziative Reaktionen (z.B. Flashbacks), bei denen die Person (...) handelt, als ob sich das oder die traumatischen Ereignisse wieder ereignen würden		--- (enthalten in: Flashbacks)	
dissoziative Reaktionen (...) diese Reaktionen können in einem Kontinuum auftreten, bei dem der völlige Wahrnehmungsverlust der Umgebung die extremste Ausdrucksform darstellt		--- (enthalten in: Flashbacks)	
intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern	innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen	--- (nicht operationalisierbar)	
deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern		--- (nicht operationalisierbar)	
anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind, und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen begannen (...)	Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.	--- (ausdifferenziert)	
Vermeidung (...) [von belastenden Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen], die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind		Vermeidung von Erinnerungen	6
Bemühungen, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind		--- (enthalten in: Vermeidung von Erinnerungen)	

Vermeidung (...) [von] Dingen in der Umwelt (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen), die belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind	---	(enthalten in: Vermeidung von Erinnerungen)	
Bemühungen, Dinge in der Umwelt (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen) zu vermeiden, die belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind	---	(enthalten in: Vermeidung von Erinnerungen)	
negative Veränderung von Kognitionen und der Stimmung im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen (...)	---	(ausdifferenziert)	
Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse zu erinnern (typischerweise durch dissoziative Amnesie ... bedingt)	teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern	Traumabezogene Amnesie	7
anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen, die sich auf die eigene Personen, andere Personen oder die Welt beziehen (...)		Negative Überzeugungen	19
anhaltende verzerrte Kognitionen hinsichtlich der Ursache und Folgen des oder der traumatischen Ereignisse, die dazu führen, dass die Person sich oder anderen die Schuld zuschiebt		Verzerrte Ursachenattribution	23
andauernder negativer emotionaler Zustand (z.B. Furcht, ...)		Vermehrte Furcht	15
andauernder negativer emotionaler Zustand (z.B. ..., Entsetzen, ...)		---	(nicht operationalisierbar)
andauernder negativer emotionaler Zustand (z.B. ..., Wut, ...)		Vermehrter Ärger	16
andauernder negativer emotionaler Zustand (z.B. ..., Schuld, ...)		Häufig wiederkehrende Scham	17
andauernder negativer emotionaler Zustand (z.B. ..., Scham, ...)		Ständige Schuldgefühle	18
deutlich vermindertes Interesse (...) an wichtigen Aktivitäten		---	(nicht operationalisierbar)

deutlich (...) verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten		Aktivitäten-Vernachlässigung	22
Gefühle der Abgetrenntheit oder Entfremdung von anderen		Entfremdung von anderen	21
anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden (z.B. Glück, Zufriedenheit, Gefühle der Zuneigung)		Absenz positiver Gefühle	20
deutliche Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen (...)	anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) (...)	--- (ausdifferenziert)	
Reizbarkeit (...)	Reizbarkeit	Reizbarkeit	12
Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggressionen gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden	Wutausbrüche	Wutausbrüche	13
riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten		Riskantes Verhalten	14
übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)	Hypervigilanz	Hypervigilanz	8
übertriebene Schreckreaktion	erhöhte Schreckhaftigkeit	Erhöhte Schreckhaftigkeit	9
Konzentrationsschwierigkeiten	Konzentrationsschwierigkeiten	--- (zu unspezifisch)	
Schlafstörungen (z.B. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf)	Ein- und Durchschlafstörungen	--- (im Bereich Depression)	
Zusatzcodierung „mit dissoziativen Symptomen“	F45.1 Depersonalisations- und Derealisationssyndrom	--- (ausdifferenziert)	
Depersonalisation: anhaltende oder wiederkehrende Erfahrung des Losgelöstseins und das Gefühl, die eigenen Gedanken und Körperempfindungen von außen zu beobachten (z.B. Gefühl, als sei man in einem Traum; Gefühl der Unwirklichkeit des Selbst oder des Körpers oder alles wie in Zeitlupe zu erleben)	Depersonalisation: Die Betroffenen klagen über ein Gefühl von entfernt sein, von „nicht richtig hier“ sein. Sie klagen z.B. darüber, dass ihre Empfindungen, Gefühle und ihr inneres Selbstgefühl losgelöst seien, fremd, nicht ihr eigen, unangenehm verloren, oder dass ihre Gefühle und Bewegungen jemand anderem zu gehören scheinen, oder dass sie das Gefühl haben, in einem Schauspiel mitzuspielen	Depersonalisation	10

Derealisation: anhaltende oder wiederkehrende Erfahrungen der Unwirklichkeit der Umgebung (z.B. die Umgebung wird als unwirklich, wie im Traum, entfernt oder verzerrt wahrgenommen)	Derealisation: Die Betroffenen klagen über ein Gefühl von Unwirklichkeit. Sie klagen z.B. darüber, dass die Umgebung oder bestimmte Objekte fremd aussehen, verzerrt, stumpf, farblos, leblos, eintönig und uninteressant sind, oder sie empfinden die Umgebung wie eine Bühne, auf der jedermann spielt	Derealisation	11
Anpassungsstörungen	F43.2 Anpassungsstörungen		
die Entwicklung von emotionalen oder behavioralen Symptomen als Reaktion auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor (...)	identifizierbare psychosoziale Belastung, von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß (...)	Psychosoziale Belastung	2
deutliches Leiden, welches unverhältnismäßig zum Schweregrad und zur Intensität des Belastungsfaktors ist (...)		--- (nicht operationalisierbar)	
Zusatzcodierung „mit depressiver Stimmung“	Symptome und Verhaltensstörungen (...) wie sie bei affektiven Störungen (F3) vorkommen	--- (im Bereich Depression enthalten)	
Zusatzcodierung „mit Angst“	Symptome und Verhaltensstörungen (...) wie sie bei (...) neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) vorkommen	--- (im Bereich Angststörungen enthalten)	
Zusatzcodierung „mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt“		--- (in den Bereichen Depression und Angststörungen enthalten)	
Zusatzcodierung „mit Störung des Sozialverhaltens“		--- (betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich)	
Zusatzcodierung „mit Störung der Emotionen und des Sozialverhaltens, gemischt“	Symptome und Verhaltensstörungen (...) wie bei sie (...) den Störungen des Sozialverhaltens (F91) vorkommen (...)	--- (betrifft primär den Kinder- und Jugendbereich)	
bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen		--- (im Bereich Disabilities)	
die Symptome sind nicht Ausdruck einer gewöhnlichen Trauerreaktion		--- (nicht operationalisierbar)	
Dissoziative Identitätsstörung	F44.81 multiple Persönlichkeit(ssstörung)	Andere dissoziative Zustände	24
Störung der Identität, die durch zwei oder mehr unterscheidbare Persönlichkeitszustände gekennzeichnet ist (...)	Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem bestimmten Zeitpunkt jeweils nur eine in Erscheinung tritt.	SU: Dissoziative Identitätsstörung	

deutliche Diskontinuität des Bewusstseins des eigenen Selbst und des Bewusstseins des eigenen Handelns	Jede Persönlichkeit hat ihr eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen.	--- (enthalt in: Dissoziative Identitätsstörung)
Veränderungen des Affekts, des Verhaltens, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung, des Denkens und/oder sensorisch-motorischer Funktionen (...)		--- (enthalt in: Dissoziative Identitätsstörung)
wiederkehrende Lücken bei der Erinnerung alltäglicher Ereignisse, wichtiger persönlicher Informationen und/oder traumatischer Ereignisse, die nicht als gewöhnliche Vergesslichkeit zu werten sind	Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Information zu erinnern, was für eine einfache Vergesslichkeit zu ausgeprägt ist.	--- (enthalt in: Dissoziative Identitätsstörung)
das Störungsbild ist nicht normaler Bestandteil breit akzeptierter kultureller oder religiöser Praktiken		--- (enthalt in: Dissoziative Identitätsstörung)
Dissoziative Amnesie	F44.0 dissoziative Amnesie	
	überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen	--- (enthalt in: Psychisches Trauma)
Unfähigkeit, sich an wichtige autobiografische Informationen zu erinnern, die in der Regel traumatischer oder belastender Natur sind (...)	entweder eine teilweise oder vollständige Amnesie für vergangene Ereignisse oder Probleme, die traumatisch oder belastend waren oder noch sind	--- (enthalt in: Traumabezogene Amnesie, Psychisches Trauma und Psychosoziale Belastung)
Unfähigkeit, sich an wichtige autobiografische Informationen zu erinnern, (...) die nicht als gewöhnliche Vergesslichkeit zu werten sind	die Amnesie ist zu ausgeprägt und zu lang anhaltend, um mit einer normalen Vergesslichkeit oder durch gewollte Simulation erklärt werden zu können (...)	--- (enthalt in: Psychisches Trauma)
Die Dissoziative Amnesie besteht meistens aus einer lokalen oder selektiven Amnesie für ein spezifisches Ereignis oder mehrere spezifische Ereignisse; oder eine generalisierte Amnesie für die eigene Identität und die Lebensgeschichte.	[in der Beschreibung genannte Beispiele:] Unfälle, unerwartete Trauerfälle	--- (enthalt in: Psychisches Trauma)
	F44.1 dissoziative Fugue	
	überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen	--- (nicht operationalisierbar)

eine unerwartete, gleichwohl äußerlich normal organisierte Reise (...); während dieser Zeit bleibt die Selbstversorgung weitgehend erhalten	SU: Dissoziative Fugue
zielgerichtete Ortsveränderung, die über die gewöhnliche Alltagsmobilität hinausgeht	--- (enthalten in: Dissoziative Fugue)
Verhalten des Betroffenen kann vollständig normal wirken	--- (enthalten in: Dissoziative Fugue))
entweder teilweise oder vollständige Amnesie für die Reise (...)	--- (enthalten in: Dissoziative Fugue)
F44.2 dissoziativer Stupor	
überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen	--- (enthalten in: Dissoziativer Stupor)
beträchtliche Verringerung oder Fehlen willkürlicher Bewegungen und der Sprache sowie der normalen Reaktion auf Licht, Geräusche und Berührung	SU: Dissoziativer Stupor
der normale Muskeltonus, die aufrechte Haltung und die Atmung sind erhalten (sowie – häufig eingeschränkte – Koordination der Augenbewegungen)	--- (enthalten in: Dissoziativer Stupor)
F44.3 Trance- und Besessenzustände	
überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen	--- (nicht operationalisierbar)
Trance (vorübergehende Bewusstseinsveränderung) (...)	SU: Trance-Zustände
Verlust des Gefühls der persönlichen Identität	--- (enthalten in: Trance-Zustände)
Einengung des Bewusstseins in Bezug auf die unmittelbare Umgebung (...)	--- (enthalten in: Trance-Zustände)
ungewöhnlich eingengte und selektive Fokussierung auf Stimuli aus der Umgebung	--- (enthalten in: Trance-Zustände)

Einschränkung von Bewegungen, Haltungen und Gesprochenem auf die Wiederholung eines kleinen Repertoires	--- (enthalten in: Trance-Zustände)
Besessenheitszustand: die Betroffenen sind überzeugt, von einem Geist, einer Macht einer Gottheit oder einer anderen Person beherrscht zu werden	SU: Besessenheitszustände
[entweder Trance oder Besessenheitszustand] müssen ungewollt und belastend sein, außerhalb von religiösen oder kulturell akzeptierten Situationen auftreten, oder sie stellen eine Verlängerung solcher Zustände dar	--- (nicht operationalisierbar)
F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen	
überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen	--- (nicht operationalisierbar)
Kompletter oder teilweiser Verlust der willkürlichen Bewegungsfähigkeit. Dies betrifft Bewegungen, die normalerweise der willkürlichen Kontrolle unterliegen (einschließlich der Sprache)	Dissoziative Bewegungsstörungen
verschiedene oder wechselnde Grade von Koordinationsstörungen, Ataxie oder Unfähigkeit, ohne Hilfe zu stehen	--- (enthalten in: Dissoziative Bewegungsstörungen)
F44.5 dissoziative Krampfanfälle	
überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen	--- (nicht operationalisierbar)
plötzliche und unerwartete krampfartige Bewegungen, die sehr an verschiedene Formen epileptischer Anfälle erinnern, aber nicht mit einem Bewusstseinsverlust einhergehen	Dissoziative Krampfanfälle

[plötzliche und unerwartete krampfartige Bewegungen] geh[en] nicht einher mit Zungenbiss, schweren Hämatomen oder Verletzungen aufgrund eines Sturzes, Urininkontinenz	--- (enthalten in: Dissoziative Krampfanfälle)
F44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	
überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen	--- (nicht operationalisierbar)
teilweiser oder vollständiger Verlust einer oder aller normaler Hautempfindungen an Körperteilen oder am ganzen Körper (...)	Dissoziative Empfindungsstörungen
teilweiser oder vollständiger Seh-, Hör- oder Riechverlust	--- (enthalten in: Dissoziative Empfindungsstörungen)

3.2.4.20. Symptome der Demenzen

Das Kapitel der „Neurokognitiven Störungen“ im DSM-5 zeigt im Vergleich zur Vorgängerversion eine grundlegende Neuerung: Als übergeordnetes Störungsbild steht das Konzept einer „Neurocognitive Disorder“ (NCD) im Vordergrund, die in leichter oder schwerer Form diagnostiziert werden kann. Die Grundlage dafür bietet ein Raster mit sechs sogenannten „Kognitiven Domänen“, zu denen wiederum untergeordnete Aspekte aufgeführt sind, ferner Beispiele für Symptome oder Verhaltensbeobachtungen zu den beiden Schweregraden und schließlich Untersuchungsbeispiele zu einzelnen der aufgeführten Aspekte (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 813–817). Desweiteren sieht der diagnostische Algorithmus vor, dass zu einer leichten oder schweren NCD eine ätiologische Grunderkrankung bestimmt wird, beispielsweise eine Alzheimer-Erkrankung, eine Lewy-Körper-Demenz, eine Parkinson-Erkrankung oder auch eine HIV-Infektion (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 827–881). Obwohl sich die Nomenklatur in der ICD-10 wiederum stärker an prototypischen Krankheitsbildern wie der „Demenz bei Alzheimer-Krankheit“ (ICD-10: F00) oder der „vaskulären Demenz“ (ICD-10: F01) orientiert, ist die Struktur der diagnostischen Algorithmen nicht allzu weit von derjenigen im DSM-5 entfernt (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 24–40). Auch hier gibt es übergeordnete, allgemeine Kriterien, die in erster Linie eine Abnahme des Gedächtnisses

sowie die Abnahme anderer kognitiver Fähigkeiten adressieren. Ebenso ist für die eigentliche Diagnosestellung die Bestimmung einer zugrundeliegenden, ätiologischen Krankheit nötig.

Bei der Integration des Bereichs Demenzen ins Klenico-System stellte sich als erstes die Frage, welches Ziel dabei verfolgt werden soll. Diese sowie eine Reihe weiterführender Fragen diskutierten wir auch mit Prof. Förstl (persönliche Kommunikation, 12. Januar 2017), den wir als international anerkannten Experten für neurobiologische Erkrankungen für ein ausführliches Gespräch gewinnen konnten. Er bestätigte unsere Vermutung, dass Patienten mit einer neurodegenerativen Erkrankung ohnehin nur in einem frühen Anfangsstadium in der Lage sind, eine Selbstauskunft am Computer oder Tablet selbstständig zu absolvieren und dabei auch noch valide Aussagen zu machen. Eine diagnostische Früherkennung ist aber von vielen Patienten gar nicht erwünscht und wird aus medizinischer Sicht aufgrund der bislang noch nicht vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten (zumindest im engeren Sinn) auch gar nicht als unbedingt notwendig erachtet. Selbst neuropsychologische Untersuchungen sind in sehr frühen Stadien mitunter sogar kontraindiziert, weil ihre Ergebnisse durch den hohen innerpsychischen Druck, den die Patienten angesichts einer drohenden Diagnose bisweilen verspüren, in Richtung von falsch-positiven Treffern verzerrt werden könnten. Bei Fällen, wo eine Testung aber indiziert ist, stünde das Klenico-System in direkter Konkurrenz zu bereits etablierten und tausendfach erprobten neuropsychologischen Verfahren.

In Anbetracht dieser Ausgangslage entschieden wir, den Bereich Demenzen im Sinne eines erweiterten, niederschwelligen Screenings zu konzipieren und dabei inhaltliche Schnittstellen zu einer Reihe etablierter neuropsychologischer Testverfahren einzubauen. Im Kontext der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung soll dieser Bereich bei älteren Patienten einerseits Hinweise liefern, ob weiterführende Untersuchungen zu neurodegenerativen Entwicklungen indiziert sein könnten, andererseits aber auch die Möglichkeit bieten, bestehende Ergebnisse aus neuropsychologischen Testungen festzuhalten bzw. zu dokumentieren. Konsequenterweise verfolgten wir hier auch nicht (wie bei den übrigen Merkmalsbereichen) das Ziel einer möglichst vollständigen Symptom-Extraktion aus den diagnostischen Kriterien, sondern trafen eine Auswahl von Merkmalen, die im Sinne eines erweiterten Screenings und im vorgegebenen Rahmen der Klenico-Software gut operationalisierbar erschienen. Leitend war dabei mitunter die Empfehlung von Prof. Förstl, eine Differenzierung der verschiedenen Arten demenzieller Entwicklungen zumindest anzuzielen, um der starken Dominanz der Alzheimer-Demenz in diesem Gebiet etwas entgegen zu treten (Förstl, persönliche Kommunikation, 12. Januar 2017).

Zwei Symptome fügten wir der getroffenen Auswahl hinzu, die in den diagnostischen Verzeichnissen nicht aufgeführt sind: Das erste betrifft die Differenzierung des Merkmals „Orientierung“, die wir in die Symptome „Örtliche Desorientierung“ und „Zeitliche Desorientierung“ aufteilten. Eine weiterführende Differenzierung in situative und personbezogene Orientierungsstörungen, wie sie beispielsweise das AMDP-System vorsieht (AMDP, 2016, S. 34–36) erachteten wir für die Zielgruppe (Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen) als nicht relevant. Das zweite hinzugefügte Symptom bezeichneten wir mit „Intentionskonfundierung“. Es steht für das bei demenziell erkrankten Patienten häufig berichtete Phänomen, dass Dinge bisweilen auf skurille Weise verlegt werden (z.B. die Zahnbürste in den Kühlschrank). Unserer Auffassung nach ist dieses Phänomen dadurch zu erklären, dass eine geplante Handlung (z.B. Zähneputzen) nicht vollständig abgeschlossen, währenddessen aber eine neue Handlung initiiert wird (z.B. etwas aus dem Kühlschrank holen), und es dabei zu Fehlleistungen kommt.

In der ersten Spalte der Tabelle 3.41 sind die neurokognitiven Domänen gemäß DSM-5 mit ihren untergeordneten Aspekten sowie weitere, in den DSM-5-Kriterien zu findende Merkmalsgruppen aufgelistet. Die zweite Spalte enthält entsprechende sowie ergänzende Merkmale aus der ICD-10. Die Auswahl an Symptomen für den Demenzbereich des Klenico-Systems ist in der dritten Spalte zu finden. Aufgrund des hier verfolgten Konzepts eines erweiterten Screenings sind die Ausschlüsse von Merkmalen nicht begründet. Die Gesamtzahl der ausgewählten Symptome im Bereich Demenzen beläuft sich auf 19. Die Zahlen in der vierten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.20).

Tabelle 3.41: Auflistung der neurokognitiven Domänen mit untergeordneten Aspekten sowie weitere Merkmale gemäß DSM-5-Kriterien und ICD-10 mit den daraus ausgewählten Symptomen für das Klenico-System im Bereich „Demenzen“.

<i>Kriterien gemäß DSM-5</i>	<i>Kriterien gemäß ICD-10</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Neurokognitive Störungen	F0 – Organische, einschließlich symptomatischer Störungen	Bereich 12 – Demenzen	
Kognitive Merkmale			
Komplexe Aufmerksamkeit		Komplexe Aufmerksamkeit	16
– Daueraufmerksamkeit			
– geteilte Aufmerksamkeit			

– selektive Aufmerksamkeit	Wechsel der Aufmerksamkeit (z.B. von einem Thema zum anderen)		
– Verarbeitungsgeschwindigkeit			
Exekutivfunktionen		Komplexe Aufgaben / Planung	4
– Planen			
– Entscheidungen treffen	Verminderung der Urteilsfähigkeit		
– Arbeitsgedächtnis			
– Verwerten von Feedback / Fehlerkorrektur			
– Handeln entgegen der Gewohnheit / Verhaltenshemmung			
– mentale Flexibilität			
Lernen und Gedächtnis	Abnahme des Gedächtnisses	Gedächtnis – deklarativ	1
– unmittelbares Gedächtnis			
– Kurzzeitgedächtnis			
▪ freier Abruf	Lernen neuer Information (verbal, nonverbal)	Delayed Recall	17
▪ Abruf mit Hinweisreizen			
▪ Wiedererkennen			
– Ultralangzeitgedächtnis	Erinnerung früher erlernter Informationen (verbal, nonverbal)		
▪ semantisch			
▪ autobiografisch			
– implizites Lernen		Gedächtnis – prozedural	2
Sprache			
– Sprachproduktion			
▪ Benennen			
▪ Wortfindung		Wortfindungsstörungen	3
▪ Wortflüssigkeit		Verbal Fluency	18
▪ Grammatik und Syntax			

– Sprachverständnis			
Perzeptiv-motorische Kognition			
– visuelle Wahrnehmung			
– Visuo-Konstruktion		Visuo-Konstruktion	19
– Perzeptiv-motorisch			
– Praxis			
– Gnosis	Auffassung		
Soziale Kognition			
– Erkennen von Emotionen			
– Theory of Mind			
	Verminderung des Denkvermögens		
	Verminderung des Ideenflusses		
	Orientierung	Örtliche Desorientierung	7
		Zeitliche Desorientierung	8
Rechnen			
	ungleiche Verteilung der kognitiven Defizite		
Fluktuation der Kognition (Variabilität Aufmerksamkeit und Wachheit)		Fluktuation der Kognition	15
Verlaufsmerkmale			
schleichender Beginn		Schleichender Beginn	9
	plötzlicher Beginn	Plötzlicher Beginn	10
allmähliches Fortschreiten der Beeinträchtigung		Allmähliche Verschlechterung	11
rasches Fortschreiten	sehr rasch progredient	Rasche Verschlechterung	12
	schrittweise Verschlechterung	Stufenweise Verschlechterung	13
Verhaltensmerkmale			
enthemmtes Verhalten	Enthemmung	Enthemmung	5

Apathie oder Trägheit	Apathie		
Verlust des Einfühlungsvermögens			
stereotypes Verhalten			
zwanghaftes Verhalten			
Hyperoralität			
	Mangel an Spontaneität		
	Störung des Sozialverhaltens		
	Vergröberung des Sozialverhaltens		
		Intentionskonfundierung	14
Stimmungsmerkmale			
	emotionale Verflachung		
	Euphorie		
	Reizbarkeit		
	Affektlabilität mit vorübergehender depressiver Stimmung, Weinen oder unbeherrschtem Lachen	Stimmungsschwankungen	6
psychotische Merkmale			
visuelle Halluzinationen			
Anamnestic Hinweise			
Nachweis einer entsprechenden genetischen Mutation (Familienanamnese, genetische Testung)			
vaskuläre Ätiologie (Beginn steht in zeitlichem Zusammenhang mit zerebrovaskulären Ereignissen)	Nachweis einer zerebrovaskulären Krankheit		
Hinweise auf zerebrovaskuläre Erkrankungen in der Vorgeschichte			
erklärende Befunde durch zerebrale Bildgebung	Nachweis zerebraler Atrophie		
Hinweise auf ein bekanntes SHT (inkl. Bewusstlosigkeit, Amnesie, etc.)			
Nachweis einer Infektion mit HIV			

Vorliegen einer manifesten Parkinson-Erkrankung
Vorliegen einer klinisch bestätigten Huntington-Erkrankung
transitorisch-ischämische Attacken mit kurzen Bewusstseinsstörungen, flüchtigen Paresen oder Visus-Verlusten
vaskuläre Krankheit, einschließlich zerebrovaskuläre Hypertonie
vorübergehende Bewusstseinsstörungen
Delir
neurologische oder medizinische Merkmale
motorische Symptome einer Prionen-Erkrankung (Myoklonie, Ataxie)
spontane Parkinson-Symptome
REM-Schlaf-Verhaltensstörung
Überempfindlichkeit Neuroleptika
Aphasie
Agnosie
Apraxie
einseitige Hemiparese der Gliedmaßen
einseitig gesteigerte Muskeleigenreflexe
positiver Babinskireflex
Pseudobulbärparalyse
Pyramidenbahnzeichen
extrapyramidale Symptome
zerebelläre Symptome
Aphasie

Sehstörungen
Periodische EEG- Spikes
Neuronenabnahme
Astrozytose
spongiöse Veränderungen
choreatische Bewegungen
spastische Lähmungen
Hypertonie
Karotisgeräusche

3.2.4.21. Intensivmerkmale

Die Notwendigkeit für einen eigenständigen Merkmalsbereich, der hohe Gefahrenpotenziale wie Suizidalität, Selbstverletzungen, Gewaltbereitschaft oder auch eine beständige Nahrungsverweigerung zusammenfasst, ergab sich im Grunde durch die Implementierung des Screening-Verfahrens ins Klenico-System (vgl. 1.4.5). Die eben genannten Merkmale sind zwar teilweise in den diagnostischen Kriterien einzelner Störungskategorien enthalten, zeichnen sich aber auch dadurch aus, dass sie unabhängig von diagnostischen Konzepten bei ganz unterschiedlichen Störungsbildern auftreten können. Durch das Screening-Verfahren würde beispielsweise die Suizidalität im Bereich Depression abgefragt, nicht aber in den Bereichen Psychosen und Persönlichkeitsstörungen, wo sie ebenfalls häufig auftritt. Gewaltbereitschaft, Selbstverletzungstendenzen oder auch Nahrungsverweigerungen würden in der bisher extrahierten Symptomzusammenstellung für das Klenico-System sogar überhaupt nicht erfasst, obwohl sie bei der Behandlungsplanung enorme Konsequenzen nach sich ziehen. Diese Problematik – die im übrigen eine grundlegende Schwachstelle der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik gemäß DSM und ICD darstellt (vgl. 1.3.1.2) – konnte für die Klenico-Software nur durch die Festlegung eines eigenständigen Merkmalsbereichs gelöst werden, der im Screening-Verfahren direkt angesteuert bzw. von diesem gänzlich ausgeschlossen wird und damit Bestandteil jeder individuellen Symptomerhebung ist.

Auf der Suche nach einem bereits bestehenden Rahmenwerk für die beschriebenen Merkmale stießen wir auf den deutschen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben wird (DIMDI, 2020a), der im Zusammenhang mit der International Classification of Health Interventions (ICHI) der WHO (2020c) entwickelt wurde. Der im OPS enthaltene Abschnitt „Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ beinhaltet ebensolche Merkmale, zu denen auch Konkretisierungen oder Definitionen aufgeführt sind. Obwohl der OPS eher ein Vehikel zur Abrechnung im Gesundheitssystem darstellt, bot er für die Zwecke des Klenico-Systems eine gute und passende Grundlage. Die Merkmale sind darin so knapp und präzise umschrieben, dass sie hier keiner weiteren Erläuterung mehr bedürfen. Zu erwähnen bleibt lediglich, dass wir das Merkmal der Suizidalität in vier einzelne Symptome zergliederten, die eine gestufte Abfrage zur graduellen Ausprägung der Suizidalität ermöglicht, wie sie auch in der S3-Leitlinie zu unipolarer Depression empfohlen wird (AWMF, 2015b, S. 160). Eine abgestufte Erfassung der Suizidalität schlug im Übrigen auch Prof. Hegerl (persönliche Kommunikation, 10. Oktober 2016) vor.

In der Tabelle 3.42 sind die Kriterien gemäß Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS; DIMDI, 2017) in einzelne Untersuchungseinheiten zergliedert. Die daraus abgeleiteten Symptome für das Klenico-System sind in der zweiten Spalte aufgelistet. Die Gesamtzahl der Symptome im Bereich Intensivmerkmale beläuft sich auf 12. Die Zahlen in der dritten Spalte verweisen auf die entsprechende Auflistung der Symptome und Items im nächsten Kapitel (3.2.5.21).

Tabelle 3.42: Zergliederung Kriterien gemäß Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS; DIMDI, 2017) mit den daraus abgeleiteten Symptomen für das Klenico-System im Bereich „Intensivmerkmale“.

<i>Kriterien gemäß Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS; DIMDI, 2017)</i>	<i>Klenico-Symptome</i>	<i>#</i>
Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	Bereich 13 – Intensivmerkmale	
Anwendung von Sicherungsmaßnahmen	Sicherungsmaßnahmen	16
Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität	Suizidalität	5
	Gedanken an den Tod	1
	Suizidgedanken	2

	Geplanter Suizid	3
	Suizidversuch	4
Akute Selbstgefährdung durch schwer selbstschädigendes Verhalten	--- (ausdifferenziert)	
– häufige Selbstverletzungen	Selbstverletzungen	6
– Nahrungsverweigerung bei Essstörungen oder Demenz	Nahrungsverweigerung	10
– Anderes selbstschädigendes Verhalten	Anderes selbstschädigendes Verhalten	9
Akute Fremdgefährdung	--- (ausdifferenziert)	
– der Patient ist gewaltbereit	Gewaltbereitschaft	7
– der Patient ist gewalttätig	Gewalttätigkeit	8
Schwere Antriebsstörung	--- (ausdifferenziert)	
– gesteigert	Gesteigerte Antriebsstörung	12
– reduziert	Reduzierte Antriebsstörung	13
Keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme	Keine eigenständige Ernährung	11
Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung	Fehlende Orientierung	14
Akute Selbstgefährdung durch Realitätsverkennung	Schwere Realitätsverkennung	15

3.2.5. Item-Formulierungen und Symptom-Arten

Dieses Unterkapitel fasst die Ergebnisse des vierten, fünften, sechsten und siebten Entwicklungsschritts bei der Erstellung des Item-Inventars zusammen. Konkret sind den nachfolgenden tabellarischen Auflistungen die Unterteilung in Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptome, Operationalisierungen als Selbstauskunfts-, Frage- bzw. Definitions-Item sowie die Bestimmung von Screening-Items zu entnehmen. Etwa die Hälfte der Störungsbereiche wurden außerdem für eine anamnestische Symptomerhebung, d.h. zur Erfassung von Symptomausprägungen in der Vergangenheit, die aktuell nicht vorhanden sind, operationalisiert. Aus Platzgründen sind diese vergangenheitsbezogenen Selbstaussage- und Frage-Items hier nicht

aufgeführt. Da sie sich von den auf die akute Symptomatik bezogenen Items nur in der Zeitform, nicht aber in ihrem semantischen Bedeutungsgehalt unterscheiden, erscheint die Auslassung vertretbar.

3.2.5.1. Items zu Psychosen

Bei der Operationalisierung der Symptome aus dem Psychose-Bereich stellte sich die zentrale Frage, inwiefern die Selbstausskunft einer betroffenen Person diagnostisch aussagekräftig ausfällt, d.h. ob sie in der Lage ist, ihr subjektives Erleben mit der Item-Vorlage valide abzugleichen. Wie uns Prof. Wolfgang Fleischhacker (persönliche Kommunikation, 13. Dezember 2016) bestätigte, ist die Krankheitseinsicht wie auch die Fähigkeit zur Selbstbeschreibung bei Patienten mit psychotischen oder schizophreniformen Störungen im Vergleich zum übrigen Spektrum psychiatrischer Auffälligkeiten wohl am meisten betroffen. Unsere inhaltliche Analyse ergab denn auch, dass von den insgesamt 13 Symptomen dieses Bereichs nur ein einziges, nämlich „Anhedonie“ vorbehaltlos als Selbstausskunftssymptom gelten kann. Bei allen anderen ist die Beurteilung durch einen fachlich geschulten Diagnostiker unabdingbar. Bei sechs weiteren Symptomen erschien es uns sinnvoll, eine Selbstausskunft in Form von Indikator-Items zu konzipieren, so etwa bei der Affektverflachung, beim Sozialen Rückzug und bei der Reduzierten Willenskraft (Avolition). Bei drei weiteren Symptomen, die jeweils eine Reihe von Subspezifikationen aufweisen, hielten wir Indikator-Items nur bei einzelnen dieser Subspezifikationen für angebracht. Beim Bizarren Wahn war dies beispielsweise für die Subspezifikationen Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung und Kontrollwahn der Fall. Praktisch unmöglich erschien es uns dagegen, beim Bizarren Verfolgungswahn und beim Nihilistischen Wahn ein valides Selbstausskunfts-(Indikator-)Item zu formulieren, weil hier die Varianz der möglichen konkreten Ausbildungen schlicht zu breit ausfällt. So kann sich beispielsweise das paranoide Erleben eines Verfolgungswahns ebenso gut auf Außerirdische wie auf phantasierte Geheimdienste oder sonstige dunkle Mächte beziehen, was sich dann nur sehr vage in einer allgemeingültigen Formulierung wiedergeben lässt.

Folglich formulierten wir für den Bizarren Wahn, den Nicht bizarren Wahn und für die Halluzinationen jeweils eine allgemeine diagnostische Frage, die dem Diagnostiker in der Interviewsituation einen raschen und doch möglichst gezielten Einstieg in die jeweilige Thematik ermöglichen soll. Wo es inhaltlich angezeigt war, führten wir eine spezifischere Fragestellung für die jeweilige Subspezifikation auf, die inhaltlich weitgehend mit dem entsprechenden

Selbstauskunfts-(Indikator-)Item korrespondierte. Wenn dies nicht möglich war, gaben wir den Hinweis, dass die betreffende Subspezifikation aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren sei. Den Formulierungen dieser Items legten wir Prof. Fleischhackers Bemerkung zugrunde, dass Patienten in psychotischen Erlebenszuständen durchaus in der Lage sein können, die Diskrepanz zwischen ihrer eigenen Wahrnehmung und derjenigen anderer Personen zu registrieren, wobei sie dann aber meist davon ausgehen, dass ihre eigene Wahrnehmung die richtige sei (Fleischhacker, persönliche Kommunikation, 13. Dezember 2016). So geht etwa die allgemeine diagnostische Frage zum Bizarren Wahn, nämlich „haben Sie manchmal Erlebnisse, die andere Menschen als abwegig oder absurd bezeichnen würden“, davon aus, dass die betroffene Person ihre Erlebnisse anderen Menschen bereits mitgeteilt hat, oder zumindest eine Vorstellung über mögliche Reaktionen einer solchen Mitteilung besitzt. Insofern wird Patienten mit psychotischem Erleben eine gewisse Reflexionsfähigkeit zugesprochen, die aber nicht bedeuten muss, dass sie ihr Erleben dann auch angemessen relativieren.

Der praxisbezogene, vom täglichen Umgang mit Patienten geprägte Erfahrungsschatz der von uns befragten Experten kam noch bei weiteren Item-Formulierungen zum Tragen: Als Ich-Aussage zum Beziehungswahn schlugen wir zunächst den Satz vor: „Ich erhalte manchmal persönliche Botschaften übers Fernsehen, Radio oder Internet.“ Prof. Alex Hofer, mit dem wir den Review-Prozess (vgl. 2.2.3) im direkten Gespräch durchführten, erachtete diese Aussage als zu sehr auf konkrete Beispiele eingeengt und berichtete im Gegenzug, dass er Patienten jeweils frage: „Kennen sie das: Es fährt ein Auto vorbei und sie fragen sich, ob es etwas mit ihnen zu tun hat?“ (Hofer, persönliche Kommunikation, 10. August 2017) In Anlehnung daran formulierten wir das Ich-Aussage-Item schließlich folgendermaßen: „In letzter Zeit haben viele Dinge aus meiner Umgebung eine ganz besondere Bedeutung bekommen.“ Ebenso schlugen wir für das Symptom der Reduzierten Willenskraft (Avolition) zunächst die naheliegende und simple Aussage „eigentlich will ich überhaupt nichts tun“ vor. Prof. Hofer erklärte uns aber, dass mit der Avolition eher gemeint sei, dass es Betroffenen nicht gelingt, eine Handlung gegen Widerstände aufrecht zu erhalten. Das Item änderten wir daraufhin in: „Etwas anzupacken und durchzuziehen – das gelingt mir nicht.“

Eine besondere Herausforderung stellte ferner die Bereitstellung einer knappen und einfach verständlichen Definition der jeweiligen Symptome dar, insbesondere beim Wahn. Hierzu findet sich im ICD-10-Lexikon beispielsweise die folgende, etwas umständlich formulierte Begriffsbestimmung:

Ein fehlerhaftes, aus krankhafter Ursache entstandenes, (im Sinne der Umwelt) irriges Urteil bzw. eine zum gegebenen Zeitpunkt nicht korrigierbare Überzeugung von unmittelbarer Gewissheit, meist auf die eigene Person bezogen (Eigenbeziehung), eine Vorstellung, die mit der Wirklichkeit und den in der sozialen Gemeinschaft und der Kultur des Betreffenden geteilten Überzeugung nicht übereinstimmt. (WHO & Dilling, 2009, S. 197)

Wesentlich einfacher verständlich erscheint dagegen die Definition, die das AMDP-System liefert:

Wahn entsteht auf dem Boden einer allgemeinen Veränderung des Erlebens und imponiert als Fehlbeurteilung der Realität, die mit apriorischer Evidenz (erfahrungsunabhängiger Gewissheit) auftritt und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird, auch wenn sie im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Erfahrung der gesunden Mitmenschen sowie zu ihrem kollektiven Meinen und Glauben steht. (AMDP, 2016, S. 57–58)

Im DSM-5 finden sich zwei unterschiedliche Definitionen. Diejenige im Glossar fällt deutlich umfangreicher aus:

Falsche Überzeugung aufgrund unrichtiger Schlussfolgerungen über die äußere Realität, die trotz abweichender Ansichten fast aller anderen Personen und klarer, unwiderlegbarer Beweise für das Gegenteil beibehalten wird. Die Überzeugung wird von den Angehörigen desselben Kulturkreises oder derselben kulturellen Gruppe nicht geteilt (ist also z.B. kein religiöser Glaubensinhalt). (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1137)

Die zweite und knappere Wahndefinition des DSM-5 ist dem Kapitel zum Schizophrenie-Spektrum zu entnehmen:

Der Wahn beschreibt eine feste Überzeugung, die trotz gegenteiliger Evidenz nicht verändert werden kann. (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 117)

Diese letztgenannte Definition schien uns durch ihre Praxisnähe und Schlichtheit grundsätzlich am besten geeignet, um dem Diagnostiker eine einfache Entscheidungsgrundlage zur Einschätzung des Symptoms zu liefern, auch wenn der inhaltlichen Verknappung einige wichtige Aspekte zum Opfer fielen. So wurde etwa das gesamte epistemische Spannungsfeld zwischen

„äußerer“ Realität, „innerer“ Wirklichkeit sowie die in den anderen Definitionsbeispielen herangezogene Erfahrung bzw. Überzeugung von gesunden Mitmenschen letztlich einfach ausgeklammert. Auch vom erkenntnistheoretisch nicht gerade leicht verdaulichen, ersten Wahnkriterium der apriorischen Evidenz bzw. erfahrungsunabhängigen Gewissheiten bleibt durch die Verwendung des Evidenzbegriffs lediglich eine Reminiszenz übrig. Desweiteren blieb im Vergleich zu den anderen Definitionsbeispielen einiges an sprachlicher Prägnanz auf der Strecke, so etwa, wenn hier von „festen“, aber nicht von „falschen“ Überzeugungen die Rede ist. Zur diagnostischen Entscheidungsfindung erachteten wir außerdem einen in der Textpassage des DSM-5 weiter unten zu lesender Hinweis als hilfreiche und wichtige Ergänzung:

Manchmal ist die Unterscheidung zwischen einer Wahnidee und einer fixen Idee schwierig. Sie hängt ab vom Ausmaß der Überzeugung, mit der die Ansicht trotz klarer Beweise gegen ihren Wahrheitsgehalt beibehalten wird. (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 118)

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen resultierte unsere eigene Definition des Wahnsymptoms, bei der wir – wie erwähnt – den Fokus auf die diagnostische Entscheidung in der Praxis legten und nicht auf die epistemische Belastbarkeit: „Der Patient hat falsche Überzeugungen, die trotz klarer Beweise für das Gegenteil beibehalten werden. Im Gegensatz zu einer fixen Idee wird bei Wahn – zumindest was die eigene Betroffenheit angeht – keine alternative Erklärung zugelassen, auch wenn sie logisch kohärent und allgemein als offensichtlich gelten kann.“ Mit dem Einschub zur eigenen Betroffenheit grenzten wir das zweite Wahnkriterium der Unverrückbarkeit etwas ein, was einerseits mit der oben zitierten Definition des ICD-10-Lexikons (WHO & Dilling, 2009, S. 197) korrespondiert, andererseits aber auch mit den Erläuterungen Prof. Fleischhackers (persönliche Kommunikation, 13. Dez. 2016), der uns erklärte, dass die Betroffenen anderweitige Begründungen (z.B. auch über Zufälle) zwar bisweilen zulassen, aber eben nicht für die konkreten Erlebnisse und Zusammenhänge, die sie selbst betreffen.¹⁷ Für die drei verschiedenen Wahnsymptome, die wir für das Klenico-System unterschieden (vgl. 3.2.4.1) fügten wir außerdem einen Satz ein, der die Überzeugungen als physikalisch unmöglich (Bizarrer Wahn), im Rahmen des physikalisch Möglichen (Nicht bizarrer

¹⁷ Aus einer funktionalen Perspektive (vgl. 1.2.3.2) ließe sich das Phänomen des Wahns vermutlich einiges trennschärfer als ausbleibender Abgleich zwischen eigenen Fantasieprodukten und den Gegebenheiten der äußeren, physikalischen Welt definieren. Da aber der Auffassung der Fantasie als „innere Probebühne“ bzw. „Wirklichkeitssimulation“ (vgl. Bischof, 2009, S. 349–362) in der Scientific Community bislang viel zu wenig Beachtung geschenkt wird, und es dazu folglich bei Weitem keinen Konsens gibt, muss an dieser Stelle auf ein rein deskriptiv-phänomenologisches Wahnverständnis mit all seinen definitorischen Unschärfen zurückgegriffen werden.

Wahn), bzw. in Übereinstimmung mit typischen Themen von affektiven Störungen (Stimmungskongruenter Wahn) verortete. Da die Struktur der Software es bis anhin nicht ermöglichte, den Definitionstext auf Ebene der Subspezifikationen zu variieren, mussten wir auf die Definitionen der verschiedenen Wahnthematiken verzichten, gaben aber jeweils ein Beispiel für diejenige Wahnthematik, die uns am wenigsten geläufig erschien. Das war der Nihilistische Wahn zum Symptom des Bizarren Wahns, der Beziehungswahn zum Symptom des Nicht bizarren Wahns und der Verarmungswahn zum Symptom des Stimmungskongruenten Wahns.

Bei den übrigen Definitionen dieses Bereichs orientierten wir uns weitgehend am DSM-5, so etwa bei derjenigen zu Halluzinationen, zur Desorganisierten Sprechweise, zur Reduzierten Willenskraft (Avolition), zur Spracharmut (Alogie), zur Anhedonie, zum Sozialen Rückzug sowie bei der mit zahlreichen weiteren, untergeordneten Erläuterungen versehene Definition zum Katatonen Verhalten. Unserer eigenen Definition der Affektverflachung legten wir die Ausführungen von Prof. Fleischhacker (persönliche Kommunikation, 13. Dezember 2016) zugrunde. Im Interview mit ihm erhielten wir auch einige konkrete Beispiele für das Symptom Grob desorganisiertes Verhalten genannt, so etwa die Unfähigkeit zur Einhaltung von Pflichten und Terminen, ein über Wochen hinweg völlig unaufgeräumter Wohnraum, eine deutlich reduzierte Körperpflege und eine allgemeine Strukturlosigkeit des Alltags.

Als Screening-Items für den Bereich der Psychosen wählten wir insgesamt fünf Ich-Aussagen. Vier davon betrafen die beiden charakteristischsten Phänomene der Psychosen, nämlich Wahn und Halluzinationen. Da unter den verschiedenen Wahnthematiken der Verfolgungswahn am häufigsten vorkommt (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 117), fiel unsere erste Wahl auf die entsprechende Ich-Aussage, nämlich „ich habe den Eindruck, dass ich verfolgt werde“. Auch in Bezug auf Halluzinationen wählten wir die Items der zwei häufigsten Arten, nämlich Stimmenhören („manchmal höre ich Stimmen von Personen, die gar nicht anwesend sind“) und Geräusch-Halluzinationen („manchmal höre ich Geräusche, die andere nicht hören“). Ein drittes Screening-Item zu Halluzinationen lautete „ich nehme manchmal Dinge wahr, die andere Menschen nicht wahrnehmen“ und absichtlich sehr niederschwellig und allgemeingültig formuliert, um die Falsch-Negativ-Rate für den Bereich der Psychosen gering zu halten. Im Gegenzug konzipierten wir dieses Item so, dass es nur als allgemeiner Indikator für Halluzinationen fungiert und dadurch auf jeden Fall die Überprüfung eines Diagnostikers erfordert. Als fünftes und letztes Screening-Item wählten wir die Ich-Aussage zur

Affektverflachung („die Dinge des Lebens berühren mich emotional wenig“), was ein typisches Symptom der sogenannten Negativsymptomatik (vgl. 3.2.4.1) darstellt. Dadurch sollte zumindest theoretisch die Möglichkeit geschaffen werden, Psychosen nicht nur in ihrer floriden Ausgestaltung zu erfassen, sondern eben auch als residuale, negativsymptomatische Zustände.

In der Tabelle 3.43 sind alle 13 Symptome des Bereichs Psychosen aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.1).

Tabelle 3.43: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Bereichs „Psychosen“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	DI IND SU	Bizarrer Wahn: Gedankenausbreitung	Ich glaube, dass andere meine Gedanken hören oder lesen können.	<p>Allgemein: Haben Sie manchmal Erlebnisse, die andere Menschen als abwegig oder absurd bezeichnen würden? Können Sie mir das erklären?</p> <p>Spezifisch: Glauben Sie, dass andere Ihre Gedanken hören oder lesen können?</p>	<p>Der Patient hat <u>falsche Überzeugungen</u>, die trotz klarer Beweise für das Gegenteil <u>beibehalten</u> werden. Inhaltlich liegen die Überzeugungen in einem Bereich, der als <u>physikalisch unmöglich</u> gilt. Im Gegensatz zu einer fixen Idee wird bei Wahn – zumindest was die eigene Betroffenheit angeht – <u>keine alternative Erklärung zugelassen</u>, auch wenn sie logisch kohärent und allgemein als offensichtlich gelten kann. Es können bestimmte Wahninhalte spezifiziert werden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nihilistischer Wahn: Die betroffene Person ist überzeugt von der Nichtexistenz der eigenen Person, anderer Menschen oder der Welt als Ganzes. <p>(Klenico; DSM-5, 2015, S. 117, 1137)</p>
1	DI IND SU	Bizarrer Wahn: Gedankeneingebung	Ich glaube, dass mir meine Gedanken von außen eingegeben werden.	<p>Allgemein: Haben Sie manchmal Erlebnisse, die andere Menschen als abwegig oder absurd bezeichnen würden? Können Sie mir das erklären?</p>	s.o.

				Spezifisch: Glauben Sie, dass Ihnen Ihre Gedanken von außen eingegeben werden?	
1	DI IND SU	Bizarrer Wahn: Kontrollwahn	Ich glaube, dass ich von einer äußeren Macht kontrolliert werde.	Allgemein: Haben Sie manchmal Erlebnisse, die andere Menschen als abwegig oder absurd bezeichnen würden? Können Sie mir das erklären? Spezifisch: Glauben Sie, dass Ihre Gedanken und Gefühle von einer äußeren Macht kontrolliert oder beeinflusst werden?	s.o.
1	DI SU	Bizarrer Wahn: Nihilistischer Wahn	---	Allgemein: Haben Sie manchmal Erlebnisse, die andere Menschen als abwegig oder absurd bezeichnen würden? Können Sie mir das erklären? Spezifisch: (aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren)	s.o.
1	DI SU	Bizarrer Wahn: Bizarrer Verfolgungswahn	---	s.o.	s.o.
1	DI SU	Bizarrer Wahn: Gemischter bizarrer Wahn	---	s.o.	s.o.
1	DI SU	Bizarrer Wahn: Anderer bizarrer Wahn	---	s.o.	s.o.
2	DI IND SC SU	Nicht bizarrer Wahn: Verfolgungswahn	Ich habe den Eindruck, dass ich verfolgt werde.	Allgemein: Haben Sie manchmal Erlebnisse, die andere Menschen nicht nachvollziehen können? Mögen Sie mir das erklären? Spezifisch: Haben Sie den Eindruck, verfolgt zu werden?	Der Patient hat <u>falsche Überzeugungen</u> , die trotz klarer Beweise für das Gegenteil <u>beibehalten</u> werden. Inhaltlich liegen die Überzeugungen aber <u>im Rahmen des physikalisch Möglichen</u> und sollten deshalb sorgfältig und wenn möglich anhand einer Außenanamnese überprüft werden. Im Gegensatz zu einer fixen Idee wird bei Wahn – zumindest was die eigene Betroffenheit angeht – <u>keine alternative Erklärung zugelassen</u> , auch wenn sie logisch

					<p>kohärent und allgemein als offensichtlich gelten kann. Es können bestimmte Wahninhalte spezifiziert werden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Beziehungswahn: Die betroffene Person ist starr und fest davon überzeugt, dass Dinge, Ereignisse oder andere Personen aus ihrer Umgebung eine besondere, einzigartige Bedeutung haben. (Klenico; DSM-5, 2015, S. 117, 1137)
2	DI IND SU	Nicht bizarrer Wahn: Beziehungswahn	In letzter Zeit haben viele Dinge aus meiner Umgebung eine ganz besondere Bedeutung bekommen.	Haben in letzter Zeit Dinge aus Ihrer Umgebung für Sie eine ganz besondere Bedeutung bekommen? Denken Sie öfter darüber nach, was es mit Ihnen zu tun haben könnte, z.B. wenn Leute lachen oder wenn ein Auto vorüberfährt?	s.o.
2	DI IND SU	Nicht bizarrer Wahn: Größenwahn	Ich glaube, dass ich über besondere Fähigkeiten verfüge, die kaum sonst jemand hat.	Glauben Sie, dass Sie über besondere Fähigkeiten verfügen, die sonst kaum jemand hat? Können Sie mir das erklären?	s.o.
2	DI IND SU	Nicht bizarrer Wahn: Eifersuchtswahn	Ich bin überzeugt, dass mein Partner / meine Partnerin mir untreu ist.	<p>Allgemein: Haben Sie manchmal Erlebnisse, die andere Menschen nicht nachvollziehen können? Mögen Sie mir das erklären?</p> <p>Spezifisch: (aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren)</p>	s.o.
2	DI SU	Nicht bizarrer Wahn: Liebeswahn	---	s.o.	s.o.
2	DI SU	Nicht bizarrer Wahn: Körperbezogener Wahn	---	s.o.	s.o.
2	DI SU	Nicht bizarrer Wahn: Gemischter nicht bizarrer Wahn	---	s.o.	s.o.
2	DI SU	Nicht bizarrer Wahn:	---	s.o.	s.o.

Anderer nicht bizarrer Wahn					
3	DI SU	Stimmungskon- gruenter Wahn: Schuldwahn	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpretie- ren)	Der Patient hat <u>falsche Über- zeugungen</u> , die trotz klarer Be- weise für das Gegenteil <u>beibe- halten</u> werden. Inhaltlich stim- men die Überzeugungen mit <u>ty- pischen Themen von affektiven Störungen</u> überein und sollten, wenn möglich, anhand einer Außenanamnese überprüft wer- den. Im Gegensatz zu einer fi- xen Idee wird bei Wahn – zu- mindest was die eigene Betrof- fenheit angeht – <u>keine alterna- tive Erklärung zugelassen</u> , auch wenn sie logisch kohärent und allgemein als offensichtlich gelten kann. Es können bestimmte Wahnin- halte spezifiziert werden, z.B.: – Verarmungswahn: Die be- troffene Person ist fälschli- cherweise davon überzeugt, völlig verarmt zu sein und vor dem Ruin zu stehen. (DSM-5, 2015, S. 1134; Kle- nico)
3	DI SU	Stimmungskon- gruenter Wahn: Verarmungswahn	---	s.o.	s.o.
3	DI SU	Stimmungskon- gruenter Wahn: Wahn verdienter Bestrafung	---	s.o.	s.o.
3	DI SU	Stimmungskon- gruenter Wahn: Hypochondri- scher Wahn	---	s.o.	s.o.
	SC IND*	Halluzinationen (allg.)	Ich nehme manchmal Dinge wahr, die andere Menschen nicht wahrnehmen.	---	---
4	DI IND SC SU	Halluzinationen: Stimmenhören	Manchmal höre ich Stimmen von Personen, die gar nicht anwesend sind.	Hören Sie manchmal Stimmen von Personen, die gar nicht anwesend sind?	Der Patient hat wahrnehmungs- ähnliche Erfahrungen <u>ohne die adäquate äußere Stimulation des relevanten Sinnesorgans</u> , die jedoch mit der Klarheit und der Auswirkung einer wirkli- chen Wahrnehmung einherge- hen. Einsicht in die unwahre Natur der Halluzination ist da- bei nicht entscheidend.

					Hinweis: Halluzinationen sind zu unterscheiden von einer <u>Hypersensitivität bei Autismus</u> . So hören Autisten beispielsweise oft das Brummen von elektronischen Geräten, was für normale Menschen akustisch nicht wahrnehmbar ist. (Klenico; DSM-5, 2015, S. 1125-1126)
4	DI IND SC SU	Halluzinationen: Geräusch-Halluzinationen	Manchmal höre ich Geräusche, die andere nicht hören.	Hören Sie manchmal Geräusche, die andere nicht hören?	s.o.
4	DI SU	Halluzinationen: Optische Halluzinationen	---	Allgemein: Nehmen Sie manchmal Dinge wahr, die andere Menschen nicht wahrnehmen? Oder haben Sie manchmal Empfindungen, die anderen Menschen seltsam erscheinen? Spezifisch: (aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren)	s.o.
4	DI SU	Halluzinationen: Geschmackshalluzinationen	---	s.o.	s.o.
4	DI SU	Halluzinationen: Geruchshalluzinationen	---	s.o.	s.o.
4	DI SU	Halluzinationen: Taktile Halluzinationen	---	s.o.	s.o.
4	DI SU	Halluzinationen: Somatische Halluzinationen	---	s.o.	s.o.
4	DI SU	Halluzinationen: Gemischte Halluzinationen	---	s.o.	s.o.
5	DI	Desorganisierte Sprechweise	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Die sprachlichen Äußerungen des Patienten weisen <u>erhebliche Fehlleistungen</u> auf, so dass eine adäquate <u>Kommunikation wesentlich beeinträchtigt</u> wird. Aus den sprachlichen Äußerungen lassen sich <u>formale Denkstörungen</u> schließen.

					<p>Das Symptom der desorgani- sierten Sprechweise weist min- destens eines der folgenden Merkmale auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> – häufiges Entgleisen (Assozi- ationslockerung) – Danebenreden (Antworten sind nicht mit der Frage ver- bunden) – Zerfahrenheit („Wortsalat“) – Neologismen (Wortneu- schöpfungen) <p>(Klenico; DSM-5, 2015, S. 118)</p>
6	DI	Grob desorgani- siertes Verhalten	---	Haben Sie in letzter Zeit Mühe, Ihren Alltag zu organisieren oder gewissen Pflichten nachzukommen?	<p>Die betroffene Person hat Prob- leme bei unterschiedlichen For- men zielgerichteten Verhaltens, welche die <u>Durchführung von</u> <u>Alltagstätigkeiten erheblich er-</u> <u>schweren</u> oder verunmögli- chen.</p> <p>Beispiele für desorganisiertes Verhalten sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – die Unfähigkeit zur Einhal- tung von Pflichten und Ter- minen – ein über Wochen hinweg völlig unaufgeräumter Wohnraum – eine deutlich reduzierte Kör- perpflege – eine allgemeine Strukturlo- sigkeit des Alltags – kindliche Albernheit <p>(DSM-5, 2015, S. 118; Kle- nico)</p>
7	DI	Verminderter emotionaler Aus- druck	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	<p>Ein verminderter emotionaler Ausdruck manifestiert sich in mehreren der folgenden Berei- che:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mimik: reduzierte Emotions- expression – Gestik: reduzierte Körper- sprache – Prosodie: reduzierte Sprach- melodie – verminderter Augenkontakt <p>„Vermindert“ bezieht sich da- bei auf eine Veränderung bei derselben Person zwischen zwei Zeitpunkten. (Klenico)</p>
8	DI IND	Reduzierte Wil- lenskraft (Avoli- tion)	Etwas anzu- packen und durchzuziehen – das gelingt mir nicht.	Fällt es Ihnen schwer, Dinge anzupacken und durchzuziehen?	<p>Die betroffene Person zeigt eine tiefgreifende <u>Unfähigkeit,</u> <u>zielgerichtete Handlungen zu</u> <u>initiiieren und aufrechtzuerhal-</u> <u>ten</u>. Die Unfähigkeit zeigt sich</p>

					in bei einem breiten Spektrum von Aktivitäten (z.B. Arbeit, Freizeitaktivitäten, intellektuelle Beschäftigungen, Körperpflege). (DSM-5, 2015, S. 1121)
9	DI	Spracharmut (Alogie)	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Die betroffene Person zeigt auf direktes Befragen hin ein <u>sehr geringes Ausmaß an sprachlichen Äußerungen</u> . Das kann sich auf eines oder beide der folgenden Kriterien beziehen: <ul style="list-style-type: none"> – Sprachmenge (karge, einsilbige Antworten) – Sprachinhalt (wenig Information aufgrund stark repetitiver, stereotyper, übermäßig gegenständlicher oder abstrakter Sprache). (Klenico; DSM-5, 2015, S. 1120)
10	DI IND	Sozialer Rückzug	Ich bin in letzter Zeit lieber für mich allein als mit anderen zusammen.	Verbringen Sie Ihre Zeit lieber alleine oder gerne auch mal mit anderen zusammen? Seit wann ist das so?	Die betroffene Person zeigt eine <u>reduzierte Bereitschaft zur Kontaktaufnahme und Interaktion</u> mit anderen. Sie bevorzugt das Alleinsein gegenüber der Gesellschaft anderer. „Rückzug“ bezieht sich dabei auf eine Veränderung bei derselben Person zwischen zwei Zeitpunkten. (Klenico; DSM-5, 2015, S. 1133)
11	DI IND SC	Affektverflachung	Die Dinge des Lebens berühren mich emotional wenig.	Würden Sie sagen, dass Sie emotional wenig berührt sind von dem, was um Sie herum und mit Ihnen geschieht?	Affektverflachung bedeutet eine <u>Reduktion der allgemeinen emotionalen Ansprechbarkeit</u> . Die empfundene Gefühlswelt wird dadurch insgesamt als <u>weniger intensiv</u> erlebt. Diese Reduktion kann sich auch im <u>affektiven Ausdrucksverhalten</u> zeigen und somit von Außenstehenden registriert werden, sofern sie die betroffene Person auch vor Eintreten des Symptoms kannten. (Klenico)
12	SA	Anhedonie	Ich empfinde kaum Freude an Dingen, über die sich andere freuen.	Können Sie sich über schöne Dinge oder über schöne Ereignisse freuen?	Die betroffene Person hat eine deutlich <u>eingeschränkte Fähigkeit, Freude an Dingen, Tätigkeiten oder Ereignissen zu empfinden</u> . (DSM-5, 2015, S. 1120)
13	DI	Katatones Verhalten	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Katatone Auffälligkeiten bezieht sich auf eine Reihe von

Verhaltensweisen, die die Interaktion mit der betroffenen Person stark beeinträchtigen und oft bizarr wirken. Um das Symptom als zutreffend zu werten, müssen mehrere der folgenden Auffälligkeiten vorhanden sein:

- Mutismus (keine oder geringe verbale Antwort)
 - Stupor (keine psychomotorische Aktivität, kein aktiver Austausch mit der Umgebung)
 - Agitation (nicht durch äußere Reize beeinflusst)
 - Negativismus (widerständige oder keine Befolgung von Anweisungen)
 - Manierismen (eigentümliche, umständliche Karikatur normaler Haltungen)
 - Stereotypien (repetitive, abnorm häufige, nicht zielgerichtete Bewegungen)
 - Katalepsie (passive Einnahme einer Körperhaltung; gegen die Schwerkraft gehalten)
 - Wächserne Flexibilität (leichter, gleichmäßiger Widerstand gegenüber einer Veränderung der Körper- oder Extremitätenhaltung durch den Untersucher)
 - Verharren (spontanes u. aktives Aufrechterhalten einer eingenommenen Körperhaltung gegen die Schwerkraft)
 - Grimassieren
 - Echolalie (Nachahmen der Sprache eines anderen)
 - Echopraxie (Nachahmen der Bewegungen eines anderen)
- (Klenico; DSM-5, 2015, S. 161)

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, IND = Indikator-Item, SU = mit Subspezifikation, s.o. = siehe oben

3.2.5.2. Items zu Persönlichkeitsstörungen

Im Unterkapitel zur Symptom-Extraktion von Persönlichkeitsstörungen (vgl. 3.2.4.2) wurde bereits ausführlich – d.h. zu jedem einzelnen der 50 Symptome – erläutert, auf welche phänomenologischen Merkmale sie jeweils abzielen und wie diese mit den im DSM-5 erwähnten

„Elemente der Persönlichkeitsfunktionen“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1047) in Verbindung stehen. Im Folgenden soll es nun darum gehen, die Entstehung der Items an einigen wenigen Beispielen zu veranschaulichen.

Im Gespräch mit Frau Prof. Herpertz (persönliche Kommunikation, 31. Oktober 2016), die wir als international anerkannte Expertin für Persönlichkeitsstörungen zu Rate zogen, suchten wir gemeinsam nach einer geeigneten Formulierung für das Symptom „Kontrollverlust Lebensgestaltung“, das dem Element der „Selbststeuerung“ zugeordnet wurde. Eine erste Version hierfür lautete „ich habe wenig Einfluss darauf, wie mein Leben verläuft“, von der wir aber insbesondere den ersten Teil wieder verwarfen, weil sie eher eine generell fatalistische Einstellung zum Ausdruck bringt, die mit Persönlichkeitsstörungen in keinem direkten Zusammenhang zu stehen braucht. Das zu operationalisierende Phänomen bezieht sich eher auf eine Zugriffslosigkeit, die sowohl von einer allgemeinen Passivität der betroffenen Person herrühren kann, als auch davon, dass die Person Handlungen unternimmt, die nicht (oder nicht ausreichend) zu einer nachhaltigen Lebensgestaltung gemäß ihren Bedürfnissen beitragen. Diese Überlegungen führten uns schließlich zur Formulierung „es entgleitet mir immer wieder, wie mein Leben verläuft“, wobei der zweite Satzteil die Auffassung von Persönlichkeitsstörungen widerspiegelt, dass sich die daraus resultierenden Beeinträchtigungen „durchgängig in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1046) manifestieren. Dadurch erachteten wir dieses Item auch für hinreichend allgemein bzw. sensitiv, um es als Screening-Item zu konzipieren.

Ein weiteres Beispiel für die Suche nach einer geeigneten Formulierung, welche die phänomenalen Qualia des Erlebens durch die betroffene Person präzise zum Ausdruck bringen, stellt das Symptom „Fehlende emotionale Abgrenzung“ dar. Die erste Item-Version dazu lautete „ich werde oft von den Gefühlen anderer Menschen völlig eingenommen“. Frau Prof. Herpertz (persönliche Kommunikation, 31. Oktober 2016) fragte im Gespräch nach, was damit gemeint sei, wobei ihr dies unmittelbar klar wurde, als wir in der weiteren Erklärung das Verb „überschwemmen“ anstatt „einnehmen“ verwendeten. In der weiteren Diskussion wurde deutlich, dass mit „einnehmen“ letztlich das aktive Tun eines Gegenübers gemeint ist, auch wenn das Verb im Passiv verwendet wird. Das angezielte Symptom bedeutet im Erleben einer betroffenen Person aber, dass die figurale Abgrenzung zwischen dem eigenen Selbst und einem Gegenüber eben sehr unklar ausfällt, wodurch auch keine eindeutige Zuschreibung des Tuns erfolgen kann. Konkret kann die betroffene Person kaum verstehen, warum sie auf ein-

mal von den Gefühlen anderer „angesteckt“ ist (vgl. Bischof, 2009, S. 360). Dieser Erlebensqualität wird das Verb „überschwemmen“ viel eher gerecht und schließt auch die Möglichkeit mit ein, dass die figuralen Ich-Grenzen just in dem Moment verschwinden, wenn die starke Emotionalität einer anderen Person „anflutet“. So stand schließlich die Formulierung „ich werde von den Gefühlen anderer Menschen manchmal völlig überschwemmt“.

Angesichts der neuartigen Konzeption der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörungen, die mit dem alternativen DSM-5-Modell immerhin noch keinen Eingang in den offiziellen Teil des DSM-5 gefunden hat, und für die es zum Zeitpunkt unserer Item-Erstellung erst wenige validierte Erhebungsinstrumente gab, erschien es uns ratsam, andere, auch ältere Inventare nach verwendbaren Items einzusehen. Kandidaten hierfür waren unter anderem das Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV; deutsche Version: Doering et al., 2007), das General Assessment of Personality Disorder (GAPD; deutsche Version: Hentschel & Livesley, 2013), das Narzissmusinventar (Deneke & Hilgenstock, 1998) sowie der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF; Schauenburg, et al., 2012). Obschon die Items der genannten Selbstausskunftsinstrumente allesamt als Ich-Aussagen formuliert sind, konnten sie aufgrund ihrer Länge, teilweise aber auch, weil darin mehrere Aspekte auf komplexe Weise verbunden sind, nicht eins zu eins übernommen werden. Eine Ausnahme bildete z.B. ein Item aus dem OPD-SF, nämlich „es fällt mir sehr schwer mich selbst zu beschreiben“. Trotz seines etwas umständlichen Anfangs erachteten wir es für das Symptom „Inkohärenz des Selbst“ als gute Ausgangslage, vereinfachten den Beginn und verdeutlichten dann aber mit einem zweiten Satzteil das Gefühl einer Unklarheit in Bezug auf das wahre Selbst. Daraus resultierte die Formulierung „ich kann nicht gut beschreiben, wer ich eigentlich bin“. Eine weitere Ausnahme stellte das folgende Item aus dem Narzissmusinventar dar: „Insgeheim fühle ich mich oftmals den meisten anderen Menschen überlegen.“ Auch wenn seine Kernaussage durch die eingeschobenen Adverbien „insgeheim“, „oftmals“ sowie „den meisten“ nicht gerade leicht zu fassen ist, es also insgesamt eine eher geringe Prägnanz aufweist, so bringt dieses Item ziemlich konsequent die Innenperspektive einer narzisstischen Selbstüberhöhung zum Ausdruck. Diesen Pluspunkt wollten wir beibehalten, bemühten uns aber um eine direktere und prägnantere Aussage, so dass schließlich die Formulierung „ich habe es oft mit Leuten zu tun, die mir deutlich unterlegen sind“ entstand.

Von den insgesamt 50 Symptomen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen klassifizierten wir nach unserer inhaltlichen Analyse 44 als Selbstausskunftssymptome und lediglich sechs als Diagnostiker-Symptome, nämlich die „Selbstüberschätzung“, die „Unrealistischen

Ziele“, die „Übermäßige Vorbildhaftigkeit“, die „Dramatische Selbstdarstellung“, die „Oberflächliche Emotionalität“ und das „Übermäßige Misstrauen“. Bei weiteren fünf Symptomen konzipierten wir jeweils zwei oder drei Subspezifikationen, was mehrheitlich dazu diente, unterschiedliche Aspekte desselben Symptoms zu operationalisieren. Das war beispielsweise bei der „Inkohärenz des Selbst“ der Fall: Während es bei der oben erläuterten ersten Formulierung („ich kann nicht gut beschreiben, wer ich eigentlich bin“) um eine Verbalisierung (bzw. Mentalisierung) der persönlichen Eigenschaften geht, steht bei der zweiten („ich bin einmal so, dann wieder ganz anders – je nach Stimmung“) und dritten Subspezifikation („mein Gefühl dafür, wer ich bin, hängt davon ab, mit wem ich gerade zusammen bin“) jeweils die Brüchigkeit des permanenten Identitätserlebens (vgl. Bischof, 2009, S. 385) in Bezug auf die eigene Person im Vordergrund. Bei der „Selbstüberschätzung“ fügten wir dem oben erläuterten Item zum Überlegenheitsgefühl ein weiteres Subspezifikations-Item hinzu („andere würden sich wundern, wenn sie wüssten, was wirklich an Begabungen in mir steckt“), worin dasselbe Überlegenheitsgefühl in einen privateren, phantasiebezogenen Kontext stellt, was in der Formulierungsgrundlage aus dem Narzissmusinventar mit dem Adverb „insgeheim“ angedeutet war. Beide Aussagen werteten wir jedoch nicht als vollwertig, um das Symptom zu diagnostizieren, sondern konzipierten sie als Indikator-Items für das gleichnamige Diagnostiker-Symptom, wofür wir schließlich eine eigene Definition formulierten. Inhaltliche Anleihen konnten wir dabei aus dem DSM-5 ziehen, was auch bei den Definitionen für die anderen Diagnostiker-Symptome meistens der Fall war. Die Symptomstruktur mit sämtlichen Items aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen legten wir Frau Prof. Herpertz zu Review vor. In ihrer Rückmeldung (Herpertz, persönliche Kommunikation, 6. Juni 2017) bezeichnete sie die Formulierungen als gelungen, ihre vereinzelten Änderungsvorschläge setzten wir größtenteils um.

Wie im Abschnitt zur Symptom-Extraktion (vgl. 3.2.4.2) detailliert erläutert wurde, konzipierten wir die Symptome nach Möglichkeit so, dass sie zur betreffenden Persönlichkeitsfunktion ein qualitatives Prinzip wie „zu viel“, „zu wenig“ oder eben auch das einer „undifferenzierten Ausgestaltung“ charakterisierten. Den dritten Aspekt der Empathie, der mit „Verstehen der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1047) umschrieben wird, unterteilten wir beispielsweise in die drei Symptome „Unverständnis eigener Wirkung“, „Unverständnis für Reaktionen“ und „Unverstanden fühlen“. Mit den zugehörigen Items sollte an dieser Stelle noch einmal deutlicher werden, dass die drei Symptome einen unterschiedlichen Differenzierungsgrad bezüglich der Reaktionen von Inter-

aktionspartnern adressieren: Wenn jemand dem Item „ich verstehe nicht, warum andere Menschen so viele Probleme mit mir haben“ zustimmt, dann attestiert er erstens seinen Mitmenschen ein Urteilsvermögen und registriert zweitens, dass die Urteile über ihn regelmäßig problematisch ausfallen, obwohl er offenbar nicht nachvollziehen kann, wie es im Detail dazu kommt. Das zeugt insgesamt von einer deutlich höheren Differenzierung der Objektwahrnehmung, als wenn jemand nur dem Item „ich bin oft völlig überrascht, wie Andere auf mich reagieren“ zustimmt, denn hier haften die Wahrnehmung an der Reaktion der Mitmenschen, während die psychischen Mechanismen hinter diesen Reaktionen unbeachtet bleiben. Das dritte Item schließlich, „ich fühle mich oft von Anderen unverstanden“, bezieht sich noch nicht einmal auf die Reaktionen des Gegenübers, sondern fokussiert auf die erlebte Innenperspektive. Vergegenwärtigt man sich nun das psychodynamische Konstrukt der Persönlichkeitsstruktur (z.B. Arbeitskreis OPD, 2014), so ist anzunehmen, dass Patienten mit einem niedrig integrierten Strukturniveau eher den in Bezug auf die Objektwahrnehmung wenig differenzierten Items zustimmen würden. Aus diesen Überlegungen heraus wählten wir als Screening-Items auch nur solche, die einen geringen Differenzierungsgrad aufweisen, nämlich diejenigen der Symptome „Abweichendes Selbstbild“, „Kontrollverlust Lebensgestaltung“, „Unverstanden fühlen“ sowie „Interpersonelle Konflikte“.

In der Tabelle 3.44 sind alle 50 Symptome des Bereichs Persönlichkeitsstörungen aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.2).

Tabelle 3.44: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Bereichs „Persönlichkeitsstörungen“.

#	Symp- tom- Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA	Inkohärenz des Selbst A	Ich kann nicht gut beschreiben, wer ich eigentlich bin.	Wenn Sie beschreiben müssten, wer Sie eigentlich sind – würde Ihnen das leicht fallen oder wäre das eher schwierig für Sie?	---

1	SA	Inkohärenz des Selbst B	Ich bin einmal so, dann wieder ganz anders – je nach Stimmung.	Nehmen Sie sich als Person sehr unterschiedlich wahr – je nachdem, wie Ihre Stimmung gerade ist?	---
1	SA	Inkohärenz des Selbst C	Mein Gefühl dafür, wer ich bin, hängt davon ab, mit wem ich gerade zusammen bin.	Nehmen Sie sich als Person sehr unterschiedlich wahr – je nachdem, mit wem Sie gerade zusammen sind?	---
2	SA	Fehlende emotionale Abgrenzung	Ich werde von den Gefühlen anderer Menschen manchmal völlig überschwemmt.	Haben Sie manchmal Mühe, sich von den Gefühlen anderer abzugrenzen? Fühlen Sie sich manchmal von den Gefühlen anderer Menschen überschwemmt?	---
3	SA	Selbstwertkrisen	Es gab immer wieder Ereignisse, nach denen ich mich als völliger Versager fühlte.	Kommt es oft vor, dass Sie sich nach bestimmten Ereignissen als völliger Versager fühlen?	---
4	SA	Negativer Selbstwert	Ich mag mich selbst eigentlich nicht.	Wie stehen Sie zu sich selber – mögen Sie sich?	---
5	SA	Instabiler Selbstwert	Anerkennung brauche ich, damit es mir gut geht – Kritik zieht mir den Boden unter den Füßen weg.	Kennen Sie das: Wenn Sie Anerkennung erhalten, sind Sie ganz mit sich im Reinen – Kritik zieht Ihnen komplett den Boden unter den Füßen weg?	---
6	SA	Sensitivität Fremdurteil	Es stört mich enorm, wenn andere mich falsch beurteilen.	Beschäftigt es Sie sehr lange, wenn Sie den Eindruck haben, von anderen falsch beurteilt zu werden?	---
7	SA IND	Selbstüberschätzung A	Ich habe es oft mit Leuten zu tun, die mir deutlich unterlegen sind.	Haben Sie es oft mit Leuten zu tun, von denen Sie den Eindruck haben, die seien Ihnen deutlich unterlegen?	---
7	SA IND	Selbstüberschätzung B	Andere würden sich wundern, wenn sie wüssten, was wirklich an Begabungen in mir steckt.	Denken Sie, andere wären ganz schön überrascht, wenn sie wüssten, was eigentlich an Begabungen in Ihnen steckt?	---

7	DI	Selbstüberschätzung C	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren)	Die betroffene Person <u>überschätzt ihre Fähigkeiten und übertreibt ihre Leistungen</u> . Zu erschließen ist dies oft aus Diskrepanzen zwischen der Selbstdarstellung im biografischen Bericht und überprüfbaren Fakten des tatsächlichen Lebenswandels. Die betroffenen Personen erscheinen meist <u>prahlerisch und großspurig</u> und zeigen im Sprachgebrauch eine Vorliebe für Superlative, wenn es um eigene Leistungen geht. (Klenico; DSM-5, 2015, S. 919)
8	SA	Selbstunterschätzung A	Ich halte mich für ungeschickter und unbegabter als die meisten anderen Menschen.	Wenn Sie sich mit anderen vergleichen: Haben Sie den Eindruck, generell ungeschickter oder unbegabter zu sein als die meisten anderen Menschen?	---
8	SA	Selbstunterschätzung B	Ich halte mich für weniger interessant als die meisten anderen Menschen.	Wenn Sie sich mit anderen vergleichen: Haben Sie den Eindruck, generell weniger interessant zu sein als die meisten anderen Menschen?	---
9	DI SC	Abweichendes Selbstbild	Andere Menschen nehmen mich oft anders wahr als ich mich selber.	Haben Sie den Eindruck, dass andere Menschen Sie oft anders wahrnehmen als Sie sich selbst?	---
10	SA	Innere Leere	Das Gefühl von innerer Leere begleitet mich schon seit ich erwachsen bin.	Haben Sie das Gefühl einer inneren Leere? Ist das schon etwa seit der Pubertät so?	---
11	SA	Eingeschränkte Emotionalität	Ich habe offenbar weniger Gefühle als die meisten anderen Menschen.	Haben Sie den Eindruck, dass Sie weniger Gefühle als die meisten anderen Menschen haben?	---
12	SA	Diffuse Emotionalität	Meistens verstehe ich meine Gefühle gar nicht richtig.	Haben Sie den Eindruck, dass Sie Ihre Gefühle meistens selbst gar nicht richtig zu verstehen?	---

13	SA	Übermäßige Emotionalität	Was Gefühle angeht, war ich schon immer extremer als andere.	Wenn Sie sich mit anderen vergleichen: Sind Sie ein Mensch mit extremen Gefühlen? War das schon immer so?	---
14	SA	Impulsivität	Mir wurde schon von mehr als einem Menschen gesagt, ich handle zu impulsiv.	Wurde Ihnen schon öfter gesagt, Sie handeln zu impulsiv? Haben Sie selbst schon Dinge bereut, die Sie "im Affekt" getan haben?	---
15	SA	Fehlende Emotionsregulation	Wenn ich aufgewühlt bin, kann ich mich einfach nicht beruhigen.	Kommt es oft vor, dass es Ihnen einfach nicht gelingt, sich selbst zu beruhigen, wenn Sie aufgewühlt sind? Ist das oft so?	---
16	SA	Affektive Durchbrüche	Meine Gefühle sind schon oft völlig mit mir durchgegangen.	Ist es schon oft vorgekommen, dass Ihre Gefühle völlig mit Ihnen durchgingen?	---
17	SA SC	Kontrollverlust Lebensgestaltung	Es entgleitet mir immer wieder, wie mein Leben verläuft.	Haben Sie den Eindruck, dass es Ihnen immer wieder entgleitet, wie Ihr Leben verläuft?	---
18	SA	Unerreichte Ziele	In meinen Leben habe ich vieles nicht erreicht, was ich mir vorgenommen hatte.	Gibt es viele Dinge in Ihrem Leben, die Sie sich vorgenommen, aber nicht erreicht hatten? (Können Sie mir Beispiele geben?)	---
19	DI	Unrealistische Ziele	---	Können Sie mir Beispiele nennen für Dinge, die Sie sich vorgenommen, aber bisher nicht erreicht haben?	Von unrealistischen Zielen ist zu sprechen, wenn deren Realisierung <u>die offensichtlichen Fähigkeiten</u> der betreffenden Person nach objektiven Gesichtspunkten klar <u>übersteigt</u> . Beispiele dafür können sein: bedeutsame Kunstwerke, Erfindungen oder Innovationen zu schaffen, Ideale zu leben, bestehende soziale Strukturen umzukrempeln, Reichtum zu erlangen, etc. (Klenico)
20	SA	Unrealistische Selbstansprüche	Wenn ich etwas tue, was mir am Herzen liegt, soll es perfekt sein.	Haben Sie bei Dingen, die Ihnen am Herzen liegen, oft den	---

				Wunsch, es perfekt zu machen?	
21	SA	Ziellosigkeit	Ich kann gar nicht richtig sagen, was ich in meinem Leben erreichen möchte.	Fällt es Ihnen schwer, Dinge zu benennen, die Sie in Ihrem Leben noch erreichen möchten?	---
22	SA	Gesetzeskonflikte	Ich kam schon mehr als einmal mit dem Gesetz in Konflikt.	Kamen Sie schon öfter mit dem Gesetz in Konflikt?	---
23	SA	Rigidität	Ich halte mich stets an klare Regeln im Leben.	Mögen Sie klare Regeln im Leben? Fühlen Sie sich in Bereichen, wo es keine klaren Regeln gibt, orientierungslos?	---
24	SA	Dependenz bei Entscheidungen	Ich will immer wissen, was andere denken, bevor ich mich entscheide.	Fällt es Ihnen schwer, Entscheidungen zu treffen, wenn Sie davor nicht andere um Rat gefragt haben?	---
25	SA	Hypermentalisieren	Ich bin oft in Überlegungen gefangen, was andere wohl denken mögen.	Verstricken Sie sich manchmal in Überlegungen, was andere wohl denken mögen? Kommt das oft vor?	---
26	SA	Unverständnis bei Beziehungen	Meine Beziehungen gehen oft in die Brüche – ich verstehe gar nicht warum.	Wenn eine Beziehung in die Brüche ging: Konnten Sie nachvollziehen, wie es dazu kam – oder traf Sie das oft völlig unvorbereitet?	---
27	SA	Egoismus	Man hat mir schon oft vorgeworfen, ich sei egoistisch.	Wurde Ihnen schon oft vorgeworfen, Sie seien egoistisch?	---
28	SA	Neigung zur Täuschung	Es fällt mir leicht, andere zu täuschen.	Fällt es Ihnen leicht, andere zu täuschen?	Hinweis: Wenn der Patient den Items zustimmt, kann eine "Neigung zur Täuschung" durchaus plausibel unterstellt werden, da es einer wiederholten Ausführung bedarf, um zu merken, dass einem das Täuschen leicht fällt. (Klenico)
29	SA	Gefühlskälte	Die Gefühle anderer Menschen bedeuten mir nicht viel.	Ist es Ihnen wichtig, darauf zu achten, wie es anderen Menschen geht oder was sie fühlen?	Hinweis: Gefühlskälte bedeutet, dass einem die Gefühle der anderen <u>unwichtig</u> sind. (Klenico)

30	SA	Gefühl der Zurückweisung	Ich fühle mich von Anderen oft zurückgewiesen.	Fühlen Sie sich oft von anderen zurückgewiesen?	---
31	SA	Intoleranz anderer Sichtweisen	Mir wird oft gesagt, ich solle auch andere Sichtweisen gelten lassen.	Wird Ihnen oft gesagt, Sie sollen auch andere Sichtweisen gelten lassen?	---
32	SA	Ignoranz anderer Sichtweisen	Ich wende nicht viel Zeit auf, um andere zu verstehen.	Wenn Sie die Sichtweise von anderen nicht verstehen: Gehen Sie dem nach, oder ist es Ihnen egal?	---
33	SA	Unverständnis für Reaktionen	Ich bin oft völlig überrascht, wie Andere auf mich reagieren.	Sind Sie manchmal überrascht, wie andere auf Sie reagieren? Kommt das häufig vor?	---
34	SA	Unverständnis eigener Wirkung	Ich verstehe nicht, warum andere Menschen so viele Probleme mit mir haben.	Haben Sie selbst den Eindruck, dass Sie bei anderen oft anecken, verstehen aber eigentlich nicht, wieso?	---
35	SA SC	Unverstanden fühlen	Ich fühle mich oft von Anderen unverstanden.	Fühlen Sie sich oft von Anderen unverstanden?	---
36	SA SC	Interpersonelle Konflikte	Ich habe oft Probleme mit anderen Menschen.	Haben Sie häufig Probleme mit anderen Menschen?	---
37	SA	Instabile Beziehungen A	Was langfristige Beziehungen angeht, hatte ich schon immer Schwierigkeiten.	Hatten Sie schon immer Schwierigkeiten mit langfristigen Beziehungen?	---
37	SA	Instabile Beziehungen B	Meine Beziehungen und Freundschaften sind nicht sehr stabil.	Würden Sie Ihre bisherigen Beziehungen und Freundschaften als stabil oder eher als instabil bezeichnen?	---
38	SA	Trennungsängste	Ich musste schon viel erleiden, um einen geliebten Menschen bei mir zu behalten.	Haben Sie schon oft Dinge erlitten oder über sich ergehen lassen, um einen wichtigen Menschen in Ihrem Leben nicht zu verlieren?	---
39	SA	Ambivalenz bei Intimität	Für wichtige Menschen in meinem Leben empfinde ich beides: Liebe und Hass.	Empfinden Sie gegenüber wichtigen Menschen in Ihrem Leben eine Zerrissenheit – Liebe und dann wieder Hass?	---

40	SA	Interpersonelle Dependenz	Ohne eine starke Person an meiner Seite komme ich mir hilflos vor.	Mögen Sie es, eine starke Person an Ihrer Seite zu haben, damit Sie sich nicht hilflos vorkommen?	---
41	SA	Interpersonelle Distanz	Ich brauche immer eine gewisse Distanz zu anderen Menschen.	Mögen Sie es, immer eine gewisse Distanz zu anderen Menschen zu haben?	---
42	SA	Distanz als Selbstschutz	Um nicht enttäuscht zu werden, lasse ich Nähe zu anderen Menschen nur selten zu.	Lassen Sie – um nicht enttäuscht zu werden – nur dann Nähe zu anderen Menschen zu, wenn Sie sicher sind, dass die Sie mögen?	---
43	SA	Übersteigertes Nähebedürfnis	Mein Wunsch nach Nähe ist offenbar größer als bei den meisten anderen.	Wenn Sie sich mit Anderen vergleichen: Haben Sie ein größeres Bedürfnis nach Nähe als die meisten anderen?	---
44	SA	Übermäßige Autonomie	Ich brauche in Beziehungen mehr Freiraum als die meisten anderen Menschen.	Haben Sie den Eindruck, dass Sie in Beziehungen mehr Freiraum brauchen als die meisten anderen Menschen?	---
45	SA	Rücksichtslosigkeit	Andere sagen, ich sei rücksichtslos.	Sind Sie in den Augen von anderen rücksichtslos?	---
46	SA	Anspruchshaltung A	Wo ich auch hinschaue, scheint es nur inkompetente Menschen zu geben.	Haben Sie den Eindruck, dass es fast überall nur inkompetente Menschen gibt?	---
46	SA	Anspruchshaltung B	Es gibt nur wenige Menschen, die ihre Sachen so erledigen, wie ich es erwarte.	Haben Sie Erwartungen an andere Menschen, denen nur ganz wenige gerecht werden?	---
47	DI	Übermäßige Vorbildlichkeit	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Das Symptom ist zu markieren, wenn der Patient im Gespräch den Eindruck hinterlässt, <u>wie ein Musterschüler</u> alle Erwartungen und Wünsche zu erfüllen. Dies <u>kann auch die therapeutische Interaktion betreffen</u> , so dass in der Behandlung ungewöhnlich rasche Fortschritte erzielt werden. (Klenico)

48	DI	Dramatische Selbstdarstellung	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren)	Dramatische Selbstdarstellung meint ein <u>übertriebenes Inszenieren der eigenen Anliegen und Befindlichkeiten</u> mit dem Ziel, die volle <u>Aufmerksamkeit anderer</u> darauf zu lenken. Dieses Verhaltensmuster kann sich in Enthusiasmus, scheinbarer Offenheit oder Koketterie äußern, aber auch erfundene Geschichten und vorge-spielte „Anfälle“ jeder Art einschließen. (Klenico; vgl. DSM-5, 2015, S. 915)
49	DI	Oberflächliche Emotionalität	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren)	Eine oberflächliche Emotionalität zeigt sich v.a. im <u>übermäßig raschen Wechsel von sehr unterschiedlichen Gefühlslagen</u> . Wenn die unterschiedlichen Gefühls-lagen auch noch ausdrucks-stark geäußert werden, ent-steht bei anderen der Ein-druck, dass sie <u>vorgetäuscht</u> sind und nicht wirklich tief empfunden werden. Ein weiteres Indiz für oberfläch-liche Emotionalität ist ein <u>von subjektiven Eindrücken geprägter, wenig differen-zierter Sprachstil</u> . (Klenico; vgl. DSM-5, 2015, S. 915)
50	DI	Übermäßiges Misstrauen	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren)	Das Symptom ist zu markie-ren, wenn der Patient in sei-nen Schilderungen <u>anderen Menschen mehrfach böswil-lige Absichten zuschreibt</u> , für die es nach objektiven Gesichtspunkten keine oder nur geringfügige Anhalts-punkte gibt. (Klenico; vgl. DSM-5, 2015, S. 890)

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, IND = Indikator-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.3. Items zu ADHS

Die Störungskonzepte der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (gemäß DSM-5; APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 77–79) und der hyperkinetischen Störungen (gemäß

ICD-10; WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 309–312) beinhalten, dass die Symptome bereits in der frühen Kindheit auftreten. Das gilt insbesondere, wenn die Diagnosen im Erwachsenenalter vergeben werden, was bei der hier dargestellten Version der Klenico-Software ausschließlich der Fall wäre. Dadurch grenzt sich die im Störungskonzept enthaltene Unaufmerksamkeit mitunter von transienten Konzentrationsschwächen ab, die bei diversen anderen Störungen auftreten können. Um diese Prämisse angemessen zu berücksichtigen, beinhalten die beiden Screening-Items, nämlich „ich werde oft als chaotischer Typ bezeichnet“ und „ich war schon immer ein ‚Zappelphilipp‘“ jeweils den Aspekt eines überdauernden Merkmals. Dadurch soll sichergestellt werden, dass Patienten nur dann eine erweiterte Symptomexploration absolvieren, wenn sie dem praktisch lebenslänglichen Charakteristikum zustimmen. Beide Formulierungen entsprechen im Übrigen den Vorschlägen von Prof. Tebartz van Elst (persönliche Kommunikation, 20. Oktober 2016), mit dem wir neben dem Störungsbild des Autismus auch dasjenige der ADHS ausführlich besprechen konnten.

Von den insgesamt 23 Symptomen im Unterbereich ADHS identifizierten wir aufgrund der inhaltlichen Analyse 17 als Selbstauskunftssymptome, die restlichen sechs als Diagnostiker-Symptome. Davon konzipierten wir vier mit Indikator-Items, nämlich „Herumzappeln“, „Unangemessenes Aufstehen“, „Übermäßiges Reden“ und „Stören von anderen“, während wir bei zwei weiteren, nämlich „Herausplatzen mit Antworten“ und „Unterbrechen“ annahmen, dass sie in der Selbstauskunft keine validen Aussagen ergeben würden. Von den Selbstauskunftssymptomen unterteilten wir fünf in mehrere Subspezifikationen, die meist konkretere Beispiele der übergeordneten Symptombegriffe darstellen. Das war insbesondere bei „Organisationsmängel“, „Kein mentales Durchhaltevermögen“ und „Vergesslichkeit“ der Fall.

Die Item-Formulierungen und die Unterteilung der Symptome des Unterbereichs ADHS konnten keinem Review unterzogen werden, weil der von uns avisierte Experte in dem durch den Projektverlauf vorgegebenen Zeitfenster anderweitig zu stark beschäftigt war. In der Tabelle 3.45 sind alle 23 Symptome des Unterbereichs ADHS aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.3).

Tabelle 3.45: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Unterbereichs „ADHS“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
---	SC	---	Ich werde oft als chaotischer Typ bezeichnet.	---	---
1	SA	Unaufmerksamkeit bei Details	Bei Details war ich eigentlich schon immer unaufmerksam.	Sind sie unaufmerksam gegenüber Details? Und waren sie das schon immer?	---
2	SA	Flüchtigkeitsfehler	Ich mache oft Flüchtigkeitsfehler.	Machen sie oft Flüchtigkeitsfehler?	---
3	SA SU	Geringe Aufmerksamkeitsspanne A	Es fällt mir schwer, konzentriert zu bleiben – z.B. bei Vorträgen oder beim Lesen.	Fiel es Ihnen schon immer schwer, konzentriert zu bleiben – z.B. bei Vorträgen oder beim Lesen?	---
3	SA SU	Geringe Aufmerksamkeitsspanne B	Wenn ich eine Aufgabe beginne, verliere ich schnell den roten Faden.	Verlieren Sie schnell den Fokus, wenn Sie eine neue Aufgabe beginnen?	---
4	SA	Geistige Abwesenheit	Ich bin mit den Gedanken oft woanders und höre dann nicht zu.	Sind Sie mit den Gedanken oft woanders und hören dann – z.B. in einem Gespräch – gar nicht zu?	---
5	SA	Schwierigkeiten bei Erklärungen	Ich habe Mühe, Erklärungen zu folgen.	Haben Sie Mühe, Erklärungen zu folgen?	---
6	SA	Nichtbeachten von Anweisungen	Mir wird oft gesagt, ich hätte eine Anweisung nicht richtig befolgt.	Wird Ihnen oft gesagt, Sie hätten eine Anweisung nicht richtig befolgt?	---
7	SA	Vernachlässigung von Pflichten	Es fällt mir schwer, Pflichten zu erfüllen (z.B. bei der Arbeit).	Fällt es Ihnen schwer, Pflichten zu erfüllen – z.B. bei der Arbeit?	---
8	SA SU	Organisationsmangel A	Strukturiert vorzugehen ist nicht meine Sache. Ich bin eher der Multitasking-Typ.	Fällt es Ihnen schwer, strukturiert vorzugehen? Sind Sie eher der Multitasking-Typ?	---
8	SA SU	Organisationsmangel B	Ich habe Mühe, meine Arbeitsunterlagen in Ordnung zu halten.	Haben Sie Mühe, Ordnung in Ihren Arbeitsunterlagen zu behalten?	---

8	SA SU	Organisationsmängel C	Ich arbeite ohne lange Planung drauflos.	Arbeiten Sie meistens einfach drauflos, ohne vorher lang zu planen?	---
8	SA SU	Organisationsmängel D	Ich verschätze mich oft in der Zeit.	Verschätzen Sie sich oft in der Zeit?	---
8	SA SU	Organisationsmängel E	Es fällt mir schwer, bei der Arbeit Termine einzuhalten.	Haben Sie Mühe, Termine einzuhalten – z.B. bei der Arbeit?	---
9	SA SU	Kein mentales Durchhaltevermögen A	Wenn mir etwas keinen Spaß macht, lege ich es schnell weg.	Haben Sie die Tendenz, Sachen schnell wegzulegen, wenn Sie Ihnen keinen Spaß machen?	---
9	SA SU	Kein mentales Durchhaltevermögen B	Am Schulunterricht habe ich mich kaum beteiligt.	Haben Sie früher im Schulunterricht aktiv teilgenommen?	Hinweis: Das Merkmal ist anzuwählen, wenn die aktive Teilnahme <u>verneint</u> wird.
9	SA SU	Kein mentales Durchhaltevermögen C	Dem Ausfüllen von langen Formularen weiche ich aus.	Vermeiden Sie es, lange Formulare auszufüllen?	---
9	SA SU	Kein mentales Durchhaltevermögen D	Ich drücke mich um das Bearbeiten längerer Texte.	Vermeiden Sie das Bearbeiten längerer Texte?	---
10	SA SU	Verlieren von Gegenständen A	Ich verlor früher ständig meine Schulsachen.	Haben Sie früher ständig Ihre Schulsachen verloren?	---
10	SA SU	Verlieren von Gegenständen B	Ich verliere ständig Stifte, Handys, Schlüssel, Brillen oder Werkzeug.	Verlieren Sie ständig Stifte, Handys, Schlüssel, Brillen oder Werkzeug?	---
11	SA	Ablenkung von außen	Ich wurde schon immer sehr schnell abgelenkt.	Werden Sie schnell abgelenkt? War das schon immer so?	---
12	SA SU	Vergesslichkeit A	Ich vergesse oft Pflichten im Haushalt.	Vergessen Sie oft Pflichten im Haushalt?	---
12	SA SU	Vergesslichkeit B	Ich vergesse oft, jemanden anzurufen oder Verabredungen einzuhalten.	Vergessen Sie oft, jemanden zurückzurufen oder Verabredungen einzuhalten?	---
12	SA SU	Vergesslichkeit C	Ich vergesse oft, Rechnungen zu bezahlen.	Vergessen Sie oft, Rechnungen zu bezahlen?	---

13	SA	Herumlaufen	Ich stehe lieber oder laufe herum, anstatt stillzusitzen.	Ziehen Sie es vor zu stehen oder herumzulaufen, anstatt stillzusitzen?	---
14	SA	Subjektives Unruhegefühl	Ich fühlte mich schon immer innerlich unruhig.	Fühlen Sie sich ständig innerlich unruhig? Was das schon immer so?	---
15	SA	Vorliebe für laute Aktivitäten	Wenn ich etwas mache, geht es laut zu.	Haben Sie Mühe, sich mit leisen Tätigkeiten zu beschäftigen?	---
16	SA	Exzessive motorische Aktivität	Ich bin ständig auf Achse und fühle mich wie von einem Motor angetrieben.	Sind Sie ständig auf Achse? Fühlen Sie sich wie von einem Motor angetrieben?	---
17	SA	Nicht abwarten können	Ich kann kaum erwarten, bis ich an der Reihe bin.	Haben Sie Mühe, zu warten bis Sie an der Reihe sind – z.B. beim Einkaufen?	---
18	DI SC IND	Herumzappeln	Ich war schon immer ein „Zappelphilipp“.	Würden Sie sich als „Zappelphilipp“ beschreiben? Sind Sie zappelig? (aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	Die betroffene Person bewegt sich über einen längeren Zeitraum hinweg unruhig hin und her. Dazu gehören das <u>Finger- und Fußtippen</u> sowie <u>unruhiges Sitzen</u> . (Klenico; DSM-5, 2015, S. 79)
19	DI IND	Unangemessenes Aufstehen	Die Leute sagen mir oft, ich solle sitzenbleiben.	Stehen Sie oft auf, wenn es eigentlich verlangt wäre, still zu sitzen? (aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	Die betroffene Person steht oft in Situationen auf, in denen <u>Sitzenbleiben erwartet wird</u> (z.B. im Unterricht, im Büro oder an einem anderen Arbeitsplatz). (DSM-5, 2015, S. 78; Klenico)
20	DI IND	Übermäßiges Reden	Die Leute sagen, ich rede zu viel.	Hören Sie oft von anderen, dass Sie zu viel reden? (aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	Die betroffene Person redet häufig übermäßig viel und zwar <u>ohne Rücksicht auf die Reaktionen</u> aus der Umgebung. (DSM-5, 2015, S. 78; Klenico)
21	DI IND	Stören von anderen	Die Leute sagen mir oft, ich habe sie gestört.	Sagen Ihnen Leute oft, dass sie Sie gerade gestört haben? (aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	Die betroffene Person <u>unterbricht die Aktivitäten anderer oder übernimmt sie</u> . (DSM-5, 2015, S. 78; Klenico)

22	DI	Herausplatzen mit Antworten	---	(aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	Die betroffene Person platzt im Gespräch mehrmals mit Antworten heraus, <u>bevor die Frage zu Ende gestellt ist.</u> (DSM-5, 2015, S. 78; Klenico)
23	DI	Unterbrechen	---	(aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	Die betroffene Person <u>beendet die Sätze anderer</u> oder kann in Unterhaltungen <u>nicht abwarten, bis sie an der Reihe ist.</u> (DSM-5, 2015, S. 78; Klenico)

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, IND = Indikator-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.4. Items zum Autismus

Für die Item-Formulierung des Unterbereichs Autismus stellte sich zunächst die Frage, ob Betroffene aufgrund ihrer eingeschränkten Fähigkeit zum Perspektivenwechsel überhaupt in der Lage sind, eine valide Selbstauskunft zu geben. Der von uns dazu befragte Experte, Prof. Tebartz van Elst (persönliche Kommunikation, 20. Oktober 2016) erachtete eine valide Selbstauskunft grundsätzlich als möglich, wies aber zugleich auf die Voraussetzung hin, dass die Items dazu so formuliert werden müssen, dass ihre Semantik auch mit einem konkretistischen Sprachverständnis und ohne die (bei Nicht-Autisten übliche) Anwendung von Sprachpragmatik korrekt erfasst wird. Deshalb verzichteten wir vollständig auf bildhafte Umschreibungen und kontextabhängige sprachliche Ausdrucksweisen. Beispiele, wie derartige Items formuliert sein können, fanden wir in der Screening-Version des Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale (RAADS; Eriksson, Andersen & Bejerot, 2013). Die Forderung nach einem konkretistischen Sprachgebrauch grenzten wir aber auf den Unterbereich des Autismus ein und nahmen dabei in Kauf, dass Autisten die Items der anderen Störungsbereiche teilweise missverstehen könnten (z.B. das Item „es ist, als ob ich mit angezogener Handbremse fahren würde“ aus dem Depressionsbereich). Das ist insofern nicht unproblematisch, als dass Patienten mit einer Basisstörung aus dem Autismus-Spektrum auch Folgestörungen aus dem Depressions- oder Angstbereich entwickeln können, die dann oft den eigentlichen Behandlungsanlass darstellen. Dennoch stellte in unseren Augen das Risiko, dass die Selbstauskünfte von Autisten fehlerbehaftet sein können, keinen ausreichenden Grund dar, um sämtliche Items auf konkretistischen Sprachgebrauch anzupassen und dafür deren Aussagekraft potenziell einzuschränken.

Von den 15 extrahierten Symptomen klassifizierten wir 13 als Selbstauskunftssymptome, die restlichen zwei, nämlich „Abnormer Blickkontakt“ und „Abnorme Körpersprache“ als Diagnostiker-Symptome. Die Items zu diesen Symptomen wurden von Prof. Tebartz van Elst inhaltlich sowie im Hinblick auf die Verwendung konkretistischer Sprache revidiert, wobei er drei Korrekturen vornahm. Beispielsweise lautete unsere Operationalisierung zum Symptom „Kein emotionaler Austausch“ zunächst „es interessiert mich nicht, mit anderen über Gefühle zu reden“. Er änderte diese Formulierung in „es fällt mir schwer, mit anderen über Gefühle zu reden“. Auch bei der Bestimmung der Screening-Items berücksichtigten wir Prof. Tebartz van Elsts Vorschläge und wählten dafür die Aussagen „ich finde es schwierig herauszufinden, was andere von mir erwarten“, „ich nehme Dinge oft zu wörtlich und verstehe nicht, was die Leute meinen“ und „ich habe oft Reizüberflutungen – dann schotte ich mich zur Beruhigung ab“. (Tebartz van Elst, persönliche Kommunikation, Mai 2017)

Das Symptom „Soziale Defizite“ unterteilten wir in fünf konkrete Aspekte, die technisch gesehen Subspezifikationen darstellen (vgl. 2.2.2.3), inhaltlich betrachtet aber einfach eine ausdifferenziertere Operationalisierung ermöglichen. Auch das Symptom „Reizüberflutungen“ weist fünf Subspezifikationen auf, wobei die erste den Begriff der Reizüberflutung in seiner allgemeinen Bedeutung belässt und die restlichen vier tatsächlich konkrete Teilaspekte davon bezeichnen, nämlich die „Aversion [gegen] Geräusche“, die „Aversion [gegen] Berührungen“, die „Oberflächen-Aversion“ sowie die „Auditive Hypersensitivität“. Ob diese vier Aspekte tatsächlich so viel Ähnlichkeit aufweisen, dass ihre Zusammenfassung zu einem übergeordneten Symptombegriff gerechtfertigt ist, wird letztlich am besten anhand von empirischen Daten zu bestimmen sein.

In der Tabelle 3.46 sind alle 15 Symptome des Unterbereichs Autismus aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.4).

Tabelle 3.46: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Unterbereichs „Autismus“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
---	-------------	--------------------	----------------------	------------	-------------------------------------

1	SA	Kein emotionaler Austausch	Es fällt mir schwer, mit anderen über Gefühle zu reden.	Ist es so, dass es Ihnen schwerfällt, mit anderen über Gefühle zu reden?	---
2	SA	Aversion Augenkontakt	Ich habe schon mal geübt, Leuten in die Augen zu sehen. Ich mag das nicht.	Ist Ihnen der direkte Blickkontakt unangenehm? Haben Sie irgendwann mal trainiert, den Leuten in die Augen zu schauen?	Erläuterung: Eine Blickkontakt-Aversion ist bei Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung häufig vorhanden. Insbesondere hochfunktionale Autisten gewöhnen sich jedoch aus Gründen der Sozialverträglichkeit oft an, dem Gesprächspartner z.B. auf die Nasenwurzel zu schauen. (Klenico)
3	SA	Verständnisdefizit Gestik	An den Gesten anderer Leute kann ich nicht erkennen, wie es denen geht.	Mit ihren Hand- und Körperbewegungen drücken Menschen auch ihre Gefühle aus. Finden Sie es schwierig, daran zu erkennen, wie es einer Person geht?	---
4	SA	Verständnisdefizit Mimik	Ich finde es schwierig, im Gesicht anderer Leute Emotionen zu sehen.	Wenn Sie mit jemandem reden: Finden Sie es schwierig, im Gesicht dieser Person zu erkennen, was sie fühlt?	---
5	SA	Verständnisdefizit in Gruppen	Einem Gespräch zwischen mehreren Personen kann ich kaum folgen.	Wenn Sie mit 4-5 Personen zusammenstehen, die miteinander reden: Fällt es Ihnen dann schwer, dem Gespräch zu folgen?	---
6	SA SU	Soziale Defizite A	Wie man Freundschaften aufbaut, war mir schon immer ein Rätsel.	War es für Sie schon immer ein Rätsel, wie man Freundschaften aufbaut?	---
6	SA SU	Soziale Defizite B	Für mich war es schon immer schwierig, in Gruppen zu arbeiten und zu funktionieren.	War es für Sie schon immer schwierig, in Gruppen zu arbeiten und zu funktionieren?	---
6	SA SC SU	Soziale Defizite C	Ich finde es schwierig herauszufinden, was andere von mir erwarten.	Finden Sie es schwierig herauszufinden, was andere von Ihnen erwarten?	---
6	SA SU	Soziale Defizite D	In sozialen Situationen weiß ich oft nicht, was ich tun soll.	Wissen Sie in sozialen Situationen oft nicht, was Sie tun sollen?	---

6	SA SU	Soziale Defizite E	In Gesprächen weiß ich oft nicht, wann ich mit Reden dran bin und wann mit Zuhören.	Wissen Sie im Gespräch oft nicht, wann Sie mit Reden dran sind und wann mit Zuhören?	---
7	SA	Einzelgängertum	Schon als Kind machte ich lieber Sachen alleine als mit anderen zusammen.	Machten Sie schon als Kind lieber Sachen alleine als mit anderen zusammen?	---
8	SA	Motorische Stereotypen	Einfache Bewegungen zu wiederholen, beruhigt mich (z.B. Tippen mit dem Finger).	Machen Sie gerne so Tipp-Bewegungen mit dem Finger oder mit der Hand? Oder Schaukeln Sie gerne mit dem Oberkörper? Beruhigt Sie das?	---
9	SA SC	Konkretistische Sprache	Ich nehme Dinge oft zu wörtlich und verstehe nicht, was die Leute meinen.	Geschieht es oft, dass Sie Dinge zu wörtlich nehmen und nicht verstehen, was die Leute meinen?	---
10	SA	Fixierung auf Routinen	Ich finde es gut, wenn etwas immer genau gleich abläuft.	Mögen Sie es, wenn etwas immer genau gleich abläuft?	---
11	SA	Rigide Rituale	Ich habe meine Art, Dinge zu tun – Änderungen regten mich schon immer auf.	Regt es Sie auf, wenn Dinge nicht genau so ablaufen, wie Sie es gewohnt sind?	---
12	SA	Perseverierende Interessen	Wenn mich etwas interessiert, beschäftige ich mich am liebsten nur noch damit.	Wenn Sie etwas interessiert, beschäftigen Sie sich dann am liebsten nur noch damit? Vergessen Sie dann alles um sich herum?	---
13	SA SC SU	Reizüberflutungen: Reizüberflutungen	Ich habe oft Reizüberflutungen – dann schotte ich mich zur Beruhigung ab.	Haben Sie oft Reizüberflutungen? Hilft dann nur noch, dass Sie sich abschotten, um sich wieder zu beruhigen?	---
13	SA SU	Reizüberflutungen: Aversion Geräusche	Bei schlimmen Geräuschen (z.B. Staubsauger, laute Gespräche) halte ich mir die Ohren zu.	Gibt es Geräusche, die Sie ganz schrecklich finden, die anderen aber nichts ausmachen? (Z.B. Staubsauger, laute Gespräche) Halten Sie sich dann sofort die Ohren zu?	---

13	SA SU	Reizüberflutungen: Aversion Berührungen	Berührungen auf meiner Haut empfinde ich als äußerst unangenehm.	Wenn Sie auf der Haut berührt werden: Empfinden Sie das als sehr unangenehm, fast schon schmerzhaft?	---
13	SA SU	Reizüberflutungen: Oberflächen-Aversion	Bestimmte Dinge, die anderen egal sind, finde ich auf meiner Haut widerwärtig.	Gibt es bestimmte Oberflächen oder Materialien, die Sie auf Ihrer Haut richtig widerwärtig finden, die anderen aber egal sind?	---
13	SA SU	Reizüberflutungen: Auditive Hypersensitivität	Ich kann ganz leise Geräusche hören, die andere offenbar nicht wahrnehmen.	Können Sie ganz leise Geräusche hören, die andere offensichtlich gar nicht wahrnehmen?	---
14	DI	Abnormer Blickkontakt	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn der Blickkontakt des Patienten im Gespräch entweder <u>ganz fehlt</u> , <u>reduziert</u> ist oder <u>unüblich verwendet</u> wird. Als Vergleich dient das Spektrum gesunder Varianz unter Berücksichtigung kultureller Normen. (Klenico; DSM-5, 2015, S. 69)
15	DI	Abnorme Körpersprache	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn <u>Gestik</u> , <u>Körperhaltung</u> , <u>Gesichtsausdruck</u> und <u>Prosodie</u> schlecht zusammenpassen oder nicht mit dem Inhalt des Gesprochenen übereinstimmen. Die Körpersprache wirkt dann <u>selt-sam</u> , <u>hölzern</u> oder <u>übertrieben</u> . Als Vergleich dient das Spektrum gesunder Varianz unter Berücksichtigung kultureller Normen. (Klenico; DSM-5, 2015, S. 69)

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.5. Items zur Manie

Bei der Formulierung von Items zur Manie galt es vor allem, den charakteristischen Zustand der Betroffenen zu berücksichtigen: Sollte hier trotz der eingeschränkten Konzentrations- und Auffassungsfähigkeit eine valide Selbstauskunft überhaupt möglich sein, so müssen die Items ganz besonders knapp und markant ausfallen. Deshalb integrierten wir beispielsweise das zeitliche Kriterium von 4 Tagen (Hypomanie) bzw. 7 Tagen (Manie) nur rudimentär in das Item zur „Gehobenen Stimmung“ („ich fühle mich seit mehreren Tagen außerordentlich gut“). Hätte man eine präzisere Abgrenzung erzielen wollen, so wäre es nötig geworden, die insgesamt fünf Symptome zur Abnormität von Stimmung, Aktivität und Energie einmal mit der Minimaldauer von 4 Tagen und einmal mit der Minimaldauer von 7 Tagen auszuformulieren. Das hätte nicht nur den Umfang der Selbstauskunft in diesem Bereich deutlich erhöht, sondern vom Betroffenen auch verlangt, die zeitliche Differenzierung erstens bei sich selbst und zweitens im Rahmen der (randomisiert angeordneten) Item-Auswahl nachzuvollziehen. Wesentlich zuverlässigere Ergebnisse sind dagegen zu erwarten, wenn die Überprüfung des Zeitkriteriums dem Diagnostiker im Rahmen des Überblendungsverfahrens (vgl. 2.2.1 und 2.2.2.1) zugesprochen wird.

Aufgrund der semantischen Analyse klassifizierten wir 13 der insgesamt 22 Symptome als Selbstauskunftssymptome, neun dagegen als Diagnostiker-Symptome. Der hohe Selbstauskunftsanteil erklärt sich primär daher, dass es sich bei der Manie im Wesentlichen um eine abnorme Stimmungsqualität handelt, aufgrund derer die Betroffenen ein auffälliges, mitunter selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten an den Tag legen. Während das Verhalten bis zu einem gewissen Grad auch in der Interviewsituation von außen beobachtet werden kann, trifft dies für die eigentliche Stimmungsqualität nicht zu. Einen Sonderfall stellt dabei das Symptom „Expansive Stimmung“ dar: Es ist anzunehmen, dass das grenzüberschreitende Moment von den Betroffenen in ihrem manischen Zustand nicht reflektiert und daher auch nicht als solches wahrgenommen wird. Ein Diagnostiker kann es in der Interviewsituation jedoch relativ leicht feststellen, weil es sich in der sozialen Interaktion unmittelbar bemerkbar macht. Einen weiteren Sonderfall stellt das Symptom „Fahrlässiges Verhalten“ dar, das wir in insgesamt sieben Subspezifikationen (vgl. 2.2.2.3) zergliederten, von der jede ein konkretes Verhalten beschreibt. Bisweilen gelang hier eine Item-Operationalisierung, in der die Fahrlässigkeit eindeutig mit enthalten ist (z.B. „mit dem Auto fahre ich so schnell, wie ich gerade will“). Bei anderen Items zu diesem Symptom ist das nicht unmittelbar gegeben, so dass der Diagnostiker hierzu eine Einschätzung vornehmen sollte. Das Risiko einer falschen Interpretation

durch den Patienten (z.B. ist es nicht zwingend fahrlässig, wenn jemand Schulden macht) erscheint bei diesem Symptom allerdings nicht sonderlich gravierend, so dass es unangemessen war, eine Operationalisierung als Symptomindikator vorzunehmen. Für das diagnostische Screening wählten wir die Items der Symptome „Gehobene Stimmung“, „Gesteigerte Energie“ und „Vermindertes Schlafbedürfnis“. Während das Letztgenannte sehr spezifisch für manische oder hypomanische Zustände sein dürfte, sind die beiden anderen Symptome im alltäglichen Kontext zwar eher als sensitiv, im klinischen Kontext aber wiederum als deutlich spezifischer zu betrachten.

Um den phänomenalen Qualia des Erlebens von Betroffenen gerecht zu werden, formulierten wir die Selbstauskunfts-Items grundsätzlich mit einer positiven und expansiven Konnotation. Ansätze hierfür waren etwa die häufige Verwendung des Adverbs „mehr“, die Verwendung des Komparativs bei Adjektiven (z.B. „aktiver“) sowie die Fokussierung auf Wörter mit positiver Valenz oder expansivem Charakter wie „außerordentlich“, „fit“, „rasen“, „sexuelle Lust“, „Energie“, „etwas Neues“, etc. Das galt insbesondere für die an sich problematischen Merkmale wie „Übersteigertes Selbstwertgefühl“ oder „Fahrlässiges Verhalten“, deren Operationalisierungen in Selbstauskunfts-Items, soweit es ging, als positive Aussagen ausformuliert wurde (z.B. „ich kann die Welt verändern“, „bei den letzten Streitereien hatte ich immer Recht“ oder „mit dem Auto fahre ich so schnell, wie ich gerade will“). Mit der Subjunktion „als sonst“ wurde außerdem verdeutlicht, dass es sich bei dem indizierten Zustand um eine auch in der subjektiven Empfindung abgrenzbare Periode handelt.

Die Item-Formulierungen und die Unterteilung der Symptome des Bereichs Manie konnten keinem Review unterzogen werden, weil die von uns dafür avisierten Experten trotz mehrfacher Kontaktaufnahme keine Kooperationsbereitschaft signalisierten. In der Tabelle 3.47 sind alle 22 Symptome des Bereichs Manie aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.5).

Tabelle 3.47: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Bereichs „Manie“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SC	Gehobene Stimmung	Ich fühle mich seit mehreren Tagen außerordentlich gut.	Fühlen Sie sich schon seit mehreren Tagen außerordentlich gut?	---
2	SA	Gereizte Stimmung	Ich bin ungeduldiger und schneller genervt als sonst.	Sind Sie schon seit mehreren Tagen ungeduldiger und schneller genervt, als Sie es sonst von sich kennen?	---
3	SA	Gesteigerte Aktivität	Ich bin aktiver als sonst.	Sind Sie schon seit mehreren Tagen deutlich aktiver als sonst?	---
4	SA SC	Gesteigerte Energie	Ich habe mehr Energie als sonst.	Hatten Sie in den letzten Tagen mehr Energie als sonst?	---
5	SA SC	Vermindertes Schlafbedürfnis	Ich schlafe wenig (3-4h) und bin trotzdem fit.	Wie viele Stunden haben Sie in den letzten Tagen geschlafen? Fühlen Sie sich schon nach 3-4 Stunden Schlaf wieder fit?	---
6	SA	Rededrang	Ich rede mehr als sonst.	Reden Sie seit einigen Tagen (vielleicht auch Wochen) mehr als sonst?	---
7	SA	Gedankenrasen	Gedanken rasen mir nur so durch den Kopf.	Würden Sie sagen, dass Ihnen die Gedanken nur so durch den Kopf rasen?	---
8	SA	Gesteigerte Libido	Ich habe mehr sexuelle Lust als sonst.	Hatten Sie in den letzten Tagen (oder Wochen) mehr sexuelle Lust verspürt?	---
9	SA	Gesteigerte Geselligkeit	Ich bin mehr unter Leuten als sonst.	Haben Sie in den letzten Tagen / Wochen mehr den Kontakt zu anderen Menschen gesucht, als Sie es sonst tun?	---
10	SA	Häufiger Aktivitätswechsel	Ich fange viele verschiedene Dinge an, ohne sie zu beenden.	Haben Sie in den letzten Tagen / Wochen viele Dinge neu angefangen, ohne sie auch zu Ende zu bringen?	---

11	SA	Häufiger Wechsel von Plänen	Ständig kommt mir etwas Neues in den Sinn, was ich noch tun könnte.	Haben Sie in letzter Zeit ständig neue Ideen, was Sie noch tun könnten?	---
12	SA SU	Übersteigertes Selbstwertgefühl A	Ich kann die Welt verändern.	Sehe ich das richtig, dass Sie sich im Moment sehr viel zutrauen? War das schon immer so?	Ein übersteigertes Selbstwertgefühl reicht von <u>unkritischem Selbstvertrauen</u> bis hin zu <u>ausgeprägten Größenideen</u> , die wahnhaftes Ausmaß annehmen können. Trotz fehlender Erfahrung, Begabung oder spezifischem Fachwissen beginnt die betroffene Person, <u>komplexe Tätigkeiten</u> auszuführen (z.B. einen Roman schreiben oder Werbung für eine unnütze Erfindung zu betreiben). (DSM-5, 2015, S. 173)
12	SA SU	Übersteigertes Selbstwertgefühl B	Bei den letzten Streitereien hatte ich immer Recht.	Wenn Sie in letzter Zeit Streit hatten: War es für Sie immer klar, dass Sie Recht hatten?	s.o.
12	SA SU	Übersteigertes Selbstwertgefühl C	Ich bin den meisten anderen Menschen haushoch überlegen.	Fühlen Sie sich derzeit anderen Menschen deutlich überlegen?	s.o.
13	SA SU	Fahrlässiges Verhalten A	In letzter Zeit habe ich mehr Geld ausgegeben als sonst.	Haben Sie in letzter Zeit mehr Geld ausgegeben als sonst?	Ein leichtsinniges Verhalten, dem die gebotene Vorsicht, Aufmerksamkeit und <u>Besonnenheit fehlt</u> und das mit hoher Wahrscheinlichkeit <u>unangenehme Konsequenzen</u> nach sich zieht. (Klenico)
13	SA SU	Fahrlässiges Verhalten B	In letzter Zeit habe ich viele meiner Dinge einfach so verschenkt.	Haben Sie in letzter Zeit viele Dinge einfach so verschenkt?	s.o.
13	SA SU	Fahrlässiges Verhalten C	In letzter Zeit habe ich Schulden gemacht.	Haben Sie in letzter Zeit Schulden gemacht?	s.o.
13	SA SU	Fahrlässiges Verhalten D	Ich streite mich häufiger als sonst.	Streiten Sie sich in letzter Zeit häufiger als sonst?	s.o.
13	SA SU	Fahrlässiges Verhalten E	In letzter Zeit hatte ich Sex mit Personen, die sonst für mich gar nicht in Frage kämen.	Ließen Sie sich in letzter Zeit auf sexuelle Abenteuer ein, die Sie sonst nicht unbedingt suchen?	s.o.

13	SA SU	Fahrlässiges Verhalten F	Mit dem Auto fahre ich so schnell, wie ich gerade will.	Waren Sie in letzter Zeit mit dem Auto be- sonders sportlich un- terwegs? Haben Sie Geschwindigkeitsbe- grenzungen über- schritten?	s.o.
13	SA SU	Fahrlässiges Verhalten G	In letzter Zeit habe ich mich öfter geprügelt als sonst.	Haben Sie sich in letz- ter Zeit geprügelt?	s.o.
14	DI	Expansive Stimmung	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Eine expansive Stimmung ist durch <u>ständige und un- kritische Begeisterung</u> für zwischenmenschliche, se- xuelle und berufliche <u>Inter- aktionen</u> gekennzeichnet. Beispielsweise werden ausgedehnte Unterhaltun- gen mit völlig Fremden ge- führt. (DSM-5, 2015, S. 173)
15	DI	Übersteigerte Betriebsamkeit	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Die übersteigerte Betrieb- samkeit umfasst oft über- triebenes <u>Pläneschmieden</u> und <u>exzessive Beschäfti- gung</u> mit einer <u>Vielzahl</u> <u>von Tätigkeiten</u> berufli- cher, sexueller, politischer oder religiöser Art. (DSM-5, 2015, S. 174)
16	DI	Motorische Ruhelosigkeit	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Die betroffene Person ist <u>dauernd in Bewegung</u> . (Klenico)
17	DI	Gesteigerte Gesprächigkeit	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Die betroffene Person <u>re- det übermäßig viel</u> . Ob die gesteigerte Gesprächigkeit für die betroffene Person <u>untypisch</u> ist, sollte ideal- erweise über eine Fremda- namnese verifiziert wer- den. (Klenico)
18	DI	Ideenflucht	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Ideenflucht zeigt sich in ei- nem <u>kontinuierlichen Fluss</u> <u>beschleunigter Rede</u> mit abrupten <u>Gedankensprün- gen</u> . Bei hochgradiger Ideenflucht kann die Spra- che desorganisiert und in- kohärent werden, was ei- nige Betroffene als qual- voll erleben. (DSM-5, 2015, S. 174)

19	DI	Ablenkbarkeit	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Ablenkbarkeit zeigt sich in der <u>Unfähigkeit, irrelevante äußere Reize auszublen</u> den (z.B. die Garderobe des Untersuchers, Hintergrundgeräusche oder Gespräche, Möblierung des Raumes.) Dies hindert die Betroffenen oft, an Gesprächen teilzunehmen oder Anweisungen zu befolgen. (DSM-5, 2015, S. 174)
20	DI	Übermäßige Vertraulichkeit	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Mit übermäßiger Vertraulichkeit ist ein allzu <u>aufdringliches, nicht genügend distanziertes Verhalten</u> gemeint. (Klenico)
21	DI	Verlust sozialer Hemmung	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Der Verlust sozialer Hemmung äußert sich in einem <u>Nichtbeachten von sozialen Normen</u> und somit in einem unangepassten Sozialverhalten. Entsprechend ist das Verhalten von <u>Rücksichtslosigkeit, Distanzlosigkeit und Impulsivität</u> gekennzeichnet und beinhaltet z.B. auch <u>sexuelle Taktlosigkeit</u> . (Klenico)
22	DI	Familienanamnese Manie	---	Haben Ihre Eltern, Großeltern oder Geschwister manchmal auch so Stimmungshochs, wie Sie es gerade erleben? Ist jemand in Ihrer Familie manisch-depressiv?	Hier ist zu vermerken, wenn es klare Hinweise gibt, dass <u>bei engen Verwandten</u> der betroffenen Person (Eltern, Großeltern, Geschwister) auch schon <u>Manische Episoden</u> aufgetreten sind oder eine <u>Bipolare Störung</u> diagnostiziert wurde. (Klenico)

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation, s.o. = siehe oben

3.2.5.6. Items zur Depression

Eine gewisse Herausforderung bei der Formulierung der Depressions-Items stellte das Zeitkriterium von zwei Wochen dar, während der die Symptomatik „die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 135) bestehen soll. Da die Zeitkriterien bei

den verschiedenen psychischen Störungen sehr unterschiedlich definiert sind, können sie im Selbstauskunftsmodule der Klenico-Software nicht in die generelle Instruktion aufgenommen werden (vgl. 2.2.2.2). Konsequenterweise hätte man daher das zweiwöchige Zeitkriterium beispielsweise mit der Formulierung „... seit mindestens zwei Wochen“ in jedes einzelne Item integrieren müssen. Da uns dies zu umständlich erschien und den Leseaufwand für den Patienten erheblich erhöht hätte, fügten wir die besagte Formulierung nur beim zentralen Kernkriterium, der „Depressiven Stimmung“ ein.

Desweiteren stellte sich die grundsätzliche Frage, ob in den Items Bezug auf einen normalen bzw. gesunden Zustand genommen werden soll, was man beispielsweise mit der Formulierung „... als sonst“ hätte bewerkstelligen können. Prof. Stieglitz, mit dem wir die Depressions-Items detailliert diskutierten, machte uns aber darauf aufmerksam, dass diese Subjunktion die Gefahr einer Unklarheit und entsprechender Verunsicherung bei den Patienten birgt, worauf sich das „sonst“ konkret beziehen möge (Stieglitz, persönliche Kommunikation, 15. Dezember 2019). Folglich sahen wir davon ab und gingen anstattdessen davon aus, dass die phänomenalen Qualia des entsprechenden Symptoms für den Betroffenen hinreichend prägnant erscheinen, um sie als Abweichung vom normalen Zustand wahrzunehmen.

Bei einigen Items mussten prägnante, kurze Formulierungen für sehr spezifische phänomenale Qualia gefunden werden. So konnten wir beispielsweise nicht davon ausgehen, dass alle Patienten unter „depressiver Stimmung“ dasselbe verstehen. Als Umschreibung kam der Ausdruck „bedrückt und traurig“ in Frage, der Prof. Hautzinger (persönliche Kommunikation, Mai 2017) aber als zu schwach erschien. Seinem Gegenvorschlag folgend verwendeten wir die Adjektive „niedergeschlagen und traurig“, wobei die Kombination notwendig erschien, um die Empfindungsqualität zu erfassen. Weitere Umschreibungen waren etwa beim Symptom „Energieverlust“ („mir fehlt der Schwung und Elan, um mich für etwas aufzuraffen“), beim Symptom „Geringes Selbstbewusstsein“ („ich nehme bei mir mehr Schwächen als Stärken wahr“) und beim Symptom „Antriebshemmung“ („es ist, als ob ich mit angezogener Handbremse fahren würde“) angezeigt. Eine möglichst prägnante Verknappung war beim Symptom „Verlust affektiver Reagibilität“ nötig, zumal es sich dabei um eine allgemeine emotionale Reaktionsfähigkeit auf bedeutsame Ereignisse handelt. Am besten schien uns dies anhand der Freude über schöne Ereignisse operationalisierbar, zumal Freude sich am deutlichsten von der gedrückten Stimmung bei Depressionen abhebt. Daraus resultierte das Item „ich kann mich über schöne Ereignisse nicht mehr richtig freuen“. Das aus dem BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) stammende und semantisch etwas unklare Symptom

„Bestrafungsgefühle“ wurde von uns dahingehend interpretiert, dass es eine emotionale Konsequenz von Schuldgefühlen darstellt. Entsprechend wählten wir als operationalisierendes Item „ich verdiene Bestrafung“ (nicht etwa „ich erwarte, bestraft zu werden“ oder „ich habe das Gefühl, bestraft zu sein“). Beim Symptom „Weinen“ bezogen wir uns auf das aus der ICD-10 stammende Kriterium „Neigung zum Weinen“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 148), also nicht auf die Häufigkeit des von außen beobachtbaren Weinens. Das entsprechende Item formulierten mit „mir ist oft zum Weinen zumute“. Bei der „Hypersomnie“ hielten wir uns an die Definition im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1126) und grenzten sie mit der Formulierung „obwohl ich nachts tief schlafe, fallen mir tagsüber fast die Augen zu“ von der Schläfrigkeit aufgrund von Ein- und Durchschlafstörungen ab. Diesen Unterschied betonte im Übrigen auch Prof. Hegerl (persönliche Kommunikation, 10. Oktober 2016).

Was die Aufteilung der Symptom-Arten betrifft, besteht der Bereich Depression überwiegend aus Selbstauskunftssymptomen, deren Anteil 33 der insgesamt 37 Symptome ausmacht. Das erscheint nicht weiter verwunderlich, zumal es sich bei dieser Störungsgruppe im Wesentlichen um eine pathologisch veränderte Stimmungslage handelt, die nicht bzw. nur indirekt von außen beurteilt werden kann. Primäre Kandidaten für Screening-Items waren natürlich die Kernmerkmale gemäß ICD-10 und DSM-5, die hier aber bereits in fünf distinkte Symptome unterteilt sind. Neben der „Depressiven Stimmung“ wurde daher „Verlust von Freude“ gewählt, das uns vom phänomenalen Erleben her prägnanter erschien als „Interessenverlust“. Aus demselben Grund wählten wir als drittes Screening-Item den „Energieverlust“ anstatt die „Ermüdbarkeit“. Obwohl aufgrund der bestehenden BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller & Läge, 2012) die „Entschlussunfähigkeit“ als viertes Screening-Item nahelegen wäre, wählten wir an dessen Stelle die von Prof. Hegerl (persönliche Kommunikation, 10. Oktober 2016) als besonders spezifisch hervorgehobenen „Unangemessenen Schuldgefühle“. Durch die Integration der Schlafstörungen in den Bereich Depression war es schließlich angezeigt, dass dieser Teilbereich direkt durch das Screening angesteuert werden konnte, was zur Festlegung des „Unerholsamen Schlafes“ als fünftes und letztes Screening-Item führte. Insgesamt ergaben sich aus der inhaltlichen Analyse lediglich vier Diagnostiker-Symptome, wovon zwei („Unangemessene Schuldgefühle“ und „Unbegründete Selbstvorwürfe“) mit Indikator-Items verknüpft wurden. Zur „Psychomotorischen Verlangsamung“ und zur „Psychomotorischen Unruhe“ erklärte uns Prof. Stieglitz (persönliche Kommunikation, 15. Dezember 2016), dass die Referenz nicht beim gesunden Zustand des betreffenden Patienten liegen müsse, sondern

sich durchaus auf eine mentale Norm des Diagnostikers beziehen dürfe. Entsprechend definierten wir die pathologische Verlangsamung bzw. Unruhe als „gemessen am Spektrum gesunder Varianz“. Eine ähnliche Referenz legten wir bei den „Unangemessenen Schuldgefühlen“ und den „Unbegründeten Selbstvorwürfen“ fest, die „nach objektiven Gesichtspunkten übertrieben“ bzw. „nach objektiven Gesichtspunkten nicht gerechtfertigt“ sein sollen.

Die sich durch den Extraktionsprozess ergebende Symptomstruktur mit allen zugehörigen Items legten wir Prof. Hautzinger (persönliche Kommunikation, Mai 2017) zum Review vor (vgl. 2.2.3). Insgesamt befand er unsere Resultate für gut, den Umfang der Symptomerhebung für den Bereich Depression erschien ihm allerdings etwas übermäßig. Neben dem oben erwähnten Gegenvorschlag für die Item-Formulierung zur „Depressiven Stimmung“ machte er noch weitere Anmerkungen, die wir größtenteils berücksichtigten. Dass wir diesen Bereich mit unserer Symptomzusammenstellung insgesamt sehr differenziert abbildeten, entsprach hingegen unserer Absicht.

In der Tabelle 3.48 sind alle 37 Symptome des Bereichs Depression aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.6).

Tabelle 3.48: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Bereichs „Depression“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SC	Depressive Stimmung	Ich fühle mich ständig niedergeschlagen und traurig – seit mindestens 2 Wochen.	Fühlen Sie sich seit mind. 2 Wochen ständig niedergeschlagen und traurig? Ist das die meiste Zeit des Tages und die Mehrheit der Tage so?	Hinweis: Eine depressive Stimmung ist von Trauer bei Verlusten zu unterscheiden. Während die depressive Stimmung <u>nicht an spezifische Gedanken oder Sorgen geknüpft</u> ist, stehen bei Trauer die Gedanken und Erinnerungen an das Verlorene im Vordergrund. Eine depressive Stimmung <u>bleibt relativ konstant</u> , während Trauer in Wellen auftritt und i.d.R. über Tage bis Wochen an Intensität abnimmt.

					(Klenico; DSM-5, 2015, S. 218)
2	SA	Interessenverlust	Ich habe kein Interesse mehr an meinen täglichen Aktivitäten.	Haben Sie das Interesse an Dingen oder Tätigkeiten verloren, die Ihnen vorher fast immer Spaß machten?	---
3	SA SC	Verlust von Freude	Ich empfinde keine Freude mehr an den Dingen.	Empfinden Sie keine Freude mehr an Dingen oder Tätigkeiten, über die Sie sich sonst freuten?	Hinweis: Die Unfähigkeit, Glück und Freude zu empfinden, zeichnet v.a. depressive Episoden aus und unterscheidet sie damit am deutlichsten von Trauerphasen, wo dies zeitweilig durchaus möglich ist. (Klenico; DSM-5, S. 218)
4	SA SC	Energieverlust	Mir fehlt der Schwung und Elan, um mich für etwas aufzuraffen.	Fällt es Ihnen schwer, sich für alltägliche Dinge aufzuraffen?	---
5	SA	Ermüdbarkeit	Es ist alles anstrengend für mich.	Haben Sie das Gefühl, dass alles anstrengend geworden ist?	---
6	SA	Erschöpfung	Ich bin schon nach kleinen Anstrengungen erschöpft.	Sind Sie schon nach kleinen Anstrengungen übermäßig erschöpft?	Erläuterung: Das Symptom der Erschöpfung bezieht sich – spezifischer als die Ermüdbarkeit – auf eine <u>körperlich erlebte Schwäche</u> nach einer tatsächlichen (körperlichen oder geistigen) Anstrengung. (Klenico)
7	SA	Antriebshemmung	Es ist, als ob ich mit angezogener Handbremse fahren würde.	Haben Sie das Gefühl, ständig gegen einen inneren Widerstand anzukämpfen? Als ob Sie mit angezogener Handbremse fahren würden?	Äußerlich betrachtet gleicht Antriebshemmung einem Energieverlust: die betroffene Person wird passiver. Innerlich herrscht jedoch das Gefühl vor, <u>gegen einen Widerstand anzukämpfen</u> . Die betroffene Person will etwas, aber innere Prozesse hindern Sie daran, ihre Wünsche umzusetzen. (Klenico)
8	SA	Todeswunsch	Manchmal habe ich den Wunsch, nicht mehr zu leben.	Kennen Sie so etwas wie den Wunsch, nicht mehr zu leben? Hatten Sie dieses Gefühl in letzter Zeit?	Hinweis: Suizidalität ist unter den <u>Intensivmerkmalen</u> nochmals unabhängig vom Störungsbild abzufragen!

9	SA	Einschlafstörungen	Bevor ich einschlafe, liege ich oft lange wach (mind. ½ h).	Haben Sie Mühe einzuschlafen? Liegen Sie länger als ½ Stunde wach?	---
10	SA	Durchschlafstörungen	Ich wache nachts auf und kann (während mind. 2h) nicht mehr einschlafen.	Wachen Sie nachts oft auf und können dann für mind. 2h nicht mehr einschlafen?	---
11	SA SC	Unerholsamer Schlaf	Mein Schlaf ist nicht erholsam.	Wie ist Ihr Schlaf? Fühlen Sie sich nach dem Aufwachen erholt?	---
12	SA	Früherwachen	Ich wache ständig zu früh auf (mind. 2h).	Wachen Sie mehrmals pro Woche zu früh auf, d.h. mindestens 2h vor Ihrer üblichen Aufstehzeit?	---
13	SA	Hypersomnie	Obwohl ich nachts tief schlafe, fallen mir tagsüber fast die Augen zu.	Sind Sie tagsüber ständig schläfrig, obwohl Sie nachts lange und fest schlafen?	Hypersomnie ist ein <u>übersteigertes Schlafbedürfnis</u> , welches sich durch verlängerten Nachtschlaf, Schwierigkeiten, tagsüber einen aufmerksamen Wachzustand aufrechtzuerhalten oder durch unerwünschte Episoden von Tagesschlaf äußert. (DSM-5, 2015, S. 1126)
14	SA	Gewichtsverlust	Ich habe an Gewicht verloren (mind. 3-4 kg in 1 Monat).	Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren? Waren es mehr als 3 kg in 1 Monat?	Hinweis: Als relevanter Gewichtsverlust sind mindestens <u>5% des Körpergewichts in einem Monat</u> zu betrachten (z.B. 3,5 kg bei 70 kg). (Klenico)
15	SA	Appetitverlust	Ich habe keinen Appetit.	Ist Ihr Appetit schlechter oder ganz weg?	---
16	SA	Gesteigerter Appetit	Ich habe mehr Appetit.	Ist Ihr Appetit gesteigert? Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht zugenommen (mehr als 3 kg in 1 Monat)?	Hinweis: Das Symptom kann <u>auch</u> dann markiert werden, wenn eine deutliche <u>Gewichtszunahme</u> (mehr als 3 kg in einem Monat) vorliegt, zumal dies in der Regel mit einem gesteigerten Appetit zusammenhängt. (Klenico)
17	SA	Reizbarkeit	Ich bin leicht reizbar.	Sind Sie leichter reizbar, als Sie es von sich kennen?	---
18	DI	Psychomotorische Unruhe	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Der Patient zeigt ein <u>gesteigertes Bewegungsverhalten</u>

					(z.B. ständiges Hin- und Her- rücken auf dem Stuhl, Auf- und Abgehen im Raum). (Klenico)
19	DI	Psychomotori- sche Verlangsa- mung	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Der allgemeine Bewegungs- ablauf des Patienten wirkt – gemessen am Spektrum ge- sunder Varianz – <u>verlang-</u> <u>samt oder träge</u> . (Klenico)
20	SA	Innere Anspan- nung	Ich fühle mich inner- lich angespannt.	Fühlen Sie sich inner- lich angespannt?	---
21	SA	Innere Unruhe	Ich bin innerlich un- ruhig.	Fühlen Sie sich inner- lich unruhig?	---
22	SA	Entschlussunfä- higkeit	Es fällt mir schwer, Entscheidungen zu treffen.	Fällt es Ihnen schwe- rer als sonst, Ent- scheidungen zu tref- fen?	---
23	SA	Vermindertes Denkvermögen	Es fällt mir schwer, klar zu denken.	Fällt es Ihnen schwer, klar zu denken?	---
24	SA	Rumination	Ich bin ständig am Grübeln.	Grübeln sie oft? Hän- gen Sie oft Gedanken nach, ohne zu einer Lösung zu kommen?	Rumination („Wiederkäuen“) <u>meint die ständige Wiederho-</u> <u>lung derselben gedanklichen</u> <u>Inhalte</u> , ohne dabei eine Lö- sung finden. Oft geht es um biografische Ereignisse, die nicht mehr zu ändern sind. (Klenico; ICD-10)
25	SA	Hoffnungslosig- keit	Es gelingt mir nicht, hoffnungsvoll in die Zukunft zu blicken.	Können Sie hoff- nungsvoll in die Zu- kunft blicken?	---
26	SA	Gefühl eigener Wertlosigkeit	Ich habe das Gefühl, ich sei wertlos.	Haben Sie das Ge- fühl, wertlos oder un- zulänglich zu sein – nicht zu genügen?	---
27	SA	Verlust des Selbstvertrauens	Ich traue mir nichts mehr zu.	Wie steht es mit Ih- rem Selbstvertrauen? Glauben Sie noch an Ihre Stärken?	---
28	DI IND SC	Unangemessene Schuldgefühle	Ich habe Schuldge- fühle.	Haben Sie Schuldge- fühle?	Der Patient berichtet von Schuldgefühlen, die – gemes- sen an den tatsächlich began- genen Taten oder Versäum- nissen – nach objektiven Ge- sichtspunkten übertrieben er- scheinen. (Klenico)

29	DI IND	Unbegründete Selbstvorwürfe	Ich werfe mir vor, etwas falsch gemacht oder versagt zu haben.	Gibt es Dinge, die Sie sich in letzter Zeit oft vorwerfen?	Der Patient erhebt Vorwürfe gegen sich selbst oder berichtet von Versagensgefühlen, die nach objektiven Gesichtspunkten <u>nicht gerechtfertigt</u> erscheinen. (Klenico)
30	SA	Geringes Selbstbewusstsein	Ich nehme bei mir mehr Schwächen als Stärken wahr.	Nehmen Sie bei sich selbst mehr Schwächen oder mehr Stärken wahr?	Ein geringes Selbstbewusstsein zeigt sich beim Patienten im <u>Zweifeln an seinen Fähigkeiten</u> und seinem <u>Wert als Person</u> , das sich besonders in selbstunsicherem Auftreten ausdrückt. (Klenico; Duden)
31	SA	Bestrafungsgefühle	Ich verdiene Bestrafung.	Haben Sie das Gefühl, eine Art Bestrafung zu verdienen?	Erläuterung: Bestrafungsgefühle sind als emotionale <u>Konsequenz von Schuldgefühlen</u> zu verstehen. (Klenico)
32	SA	Weinen	Mir ist oft zum Weinen zumute.	Müssen Sie öfter weinen, als Sie das von sich kennen?	---
33	SA	Verzweiflung	Ich bin verzweifelt.	Sind Sie verzweifelt?	---
34	SA	Gefühl der Gefühllosigkeit	Ich habe keine Gefühle mehr.	Haben Sie den Eindruck, dass Ihnen Ihre Gefühle abhandgekommen sind?	---
35	SA	Verlust affektiver Reagibilität	Ich kann mich über schöne Ereignisse nicht mehr richtig freuen.	Wenn sich etwas Schönes ereignet (z.B. wenn Besuch kommt) – können Sie sich darüber freuen?	Bei der affektiven Reagibilität (oft auch „Auslenkbarkeit“) geht es um eine <u>allgemeine emotionale Reaktionsfähigkeit</u> auf bedeutsame Ereignisse. Diagnostisch ist sie am besten als Freude über schöne Ereignisse zu erfragen, weil Freude sich am deutlichsten von der gedrückten Stimmung bei Depressionen abhebt. (Klenico)
36	SA	Tagesschwankungen mit Morgentief	Meine Stimmung verändert sich im Tagesverlauf – morgens geht es mir schlechter.	Verändert sich Ihre Stimmung im Tagesverlauf? Geht es Ihnen morgens schlechter?	---
37	SA	Verlust an sexuellem Interesse	Ich habe in letzter Zeit wenig Interesse an Sexualität.	Haben Sie in letzter Zeit wenig Interesse an Sexualität?	---

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, IND = Indikator-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.7. Items zu Somatoformen Störungen

Im Unterkapitel zur Symptom-Extraktion aus den Kriterien der Somatoformen Störungen (vgl. 3.2.4.7) wurde bereits thematisiert, dass das zentrale Phänomen hinter diesen Störungskonzepten die Diskrepanz betrifft zwischen wahrgenommenen körperlichen Beschwerden und einem Mangel an medizinischen Befunden, um die Beschwerden hinreichend zu erklären. Bei der Formulierung der Items versuchten wir dieser Diskrepanz gerecht zu werden, indem wir auch hier sehr darauf achteten, bei den Ich-Aussagen der Selbstauskunft die Erlebensweise der Betroffenen ohne Relativierungen wiederzugeben. Gleichzeitig sollte es für den Diagnostiker ausreichend Möglichkeiten geben, das Fehlen von erklärenden medizinischen Befunden zu dokumentieren.

Konkret bedeutete dies bei den insgesamt 51 Items zur Erfassung der körperlichen Beschwerden, dass wir sie so einfach und klar wie möglich formulierten. So lautete beispielsweise das Item zu „Schluckauf“ ganz einfach „ich habe oft Schluckauf“ und dasjenige zur „Übelkeit“ entsprechen „mir ist oft übel“. Dabei war in den meisten Fällen die Verwendung eines zeitbezogenen Adverbs wie „oft“ oder „ständig“ angezeigt, um die Beschwerden auf einer – zur Vergangenheit und zur Zukunft hin prinzipiell offenen – Zeitschiene zu verordnen. Andernfalls hätten die Items nur auf Beschwerden abgezielt, die beim Patienten zum Zeitpunkt der Selbstauskunft gegenwärtig sind (z.B. „mir ist übel“ oder „ich habe Schluckauf“). Eine Ausnahme stellte die „Lebensmittel-Unverträglichkeit“ dar: Die einfache Aussage „bestimmte Lebensmittel vertrage ich nicht“ wäre viel zu allgemeingültig gewesen und hätte eigentlich von jeder Person Zustimmung bekommen müssen. Deshalb stellten wir den Satzteil „ich muss aufpassen, was ich esse“ davor, der das zentrale Moment einer subjektiv erlebten Einschränkung zum Ausdruck bringt. Um die Anzahl der Items in einem angemessenen Rahmen zu halten, nahmen wir vereinzelt eine „oder“-Verknüpfung zweier Aspekte in Kauf, so etwa bei der Aussage „ich habe oft ein Völlegefühl oder fühle mich überbläht“. Bei den diagnostischen Fragen erachteten wir es als ausreichend, nur ganze Beschwerdeguppen abzufragen (z.B. „haben Sie Probleme mit der Verdauung, beim Wasserlassen oder mit dem Stuhlgang?“ für den „Unteren Gastrointestinaltrakt“), zumal Patienten mit somatoformen Störungen ihre Beschwerden tendenziell eher aufdringlich vortragen, als sie zu verschweigen. Schließlich gaben wir dem Diagnostiker bei den beiden Beschwerdeguppen „Sensorik“ und „Willkürmotorik“ den Hinweis, dass hier der Übergang zu dissoziativen Symptomen fließend sei, bzw. dass zu überprüfen sei, ob eine Traumatisierung vorliegt.

Eine weitere Implikation unseres Ansinnens, die Erlebnisweise der Betroffenen ohne Relativierung wiederzugeben, betrifft das zentrale Symptom „Somatische Beschwerden“: Es war uns wichtig, den gegensätzlichen Aspekt des fehlenden medizinischen Befundes wegzulassen und nur die wahrgenommenen Beschwerden zu adressieren. Damit aber auch hier nicht ein beliebiges, zum Zeitpunkt der Symptomerfassung bestehendes Zipperlein zufälligerweise in den Fokus gerückt wird, erachteten wir es als angemessen, den zeitlichen Aspekt der Persistenz über mehrere Monate einzubringen. Ferner wollten wir deutlich machen, dass eine spezifische Form körperlicher Beschwerden, nämlich Schmerzen, mitgemeint ist. Daraus resultierte schließlich das Item „ich habe seit Monaten körperliche Beschwerden oder Schmerzen“, das wir aufgrund seiner Allgemeingültigkeit für diesen Bereich als erstes Screening-Item definierten. Mit der Bestimmung des zweiten Screening-Items, nämlich „ich mache mir ständig große Sorgen um meine körperliche Gesundheit“, welches das Symptom „Gesundheitssorgen“ operationalisiert, konnten wir sicherstellen, dass die Thematik der Hypochondrie ebenfalls sehr niederschwellig angesprochen wird.

Von den gesamthaft 26 Symptomen dieses Bereichs ordneten wir 21 aufgrund unserer semantischen Analyse der Kategorie der Selbstauskunftssymptome zu, die restlichen fünf derjenigen der Diagnostiker-Symptome. Die Verwendung von Indikator-Items war nicht notwendig. Zu acht Selbstauskunftssymptomen konzipierten wir zwischen vier und neun Subspezifikationen, um die körperlichen Beschwerden angemessen detailliert erfassen zu können. Der geforderten Kürze wegen erhielten die übergeordneten Symptome Bezeichnungen, die ihren Symptomcharakter nicht direkt erkennen lassen, nämlich „Oberer Gastrointestinaltrakt“, „Mittlerer Gastrointestinaltrakt“, „Unterer Gastrointestinaltrakt“, „Kardio-vaskuläre Beschwerden“, „Urogenitale Symptome“, „Schmerzen“, „Sensorik“ und „Willkürmotorik“.¹⁸

Bei mehreren Diagnostiker-Symptomen waren Erläuterungen nötig, um eine einheitliche und verständliche Beurteilungsgrundlage anzubieten. Das war beispielsweise der Fall beim Symptom „Fehlende organische Erklärung“, wofür wir zwei mögliche Indizien benannten: Das erste Indiz basiert auf dem Kriterium A der „Somatisierungsstörung“ gemäß ICD-10 (F45.0), wo unter anderem folgende Passage zu lesen ist:

¹⁸ Diesem semantischen Manko ist aber entgegenzuhalten, dass die Klenico-Software Symptombezeichnungen in der Symptomkarte jeweils durch die vom Patienten oder Diagnostiker als „zutreffend“ gewählte Subspezifikationen ersetzt. Insofern gibt die Symptomkarte als zentrales Instrument der Informationsvermittlung jeweils angemessene Symptombezeichnungen wieder, nämlich diejenigen der Subspezifikationen.

[Die körperlichen Symptome können] durch keine diagnostizierbare körperliche Krankheit erklärt werden. Eventuell vorliegende bekannte körperliche Krankheiten erklären nicht die Schwere, das Ausmaß, die Vielfalt und die Dauer der körperlichen Beschwerden oder die damit verbundene soziale Behinderung. (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 188–189)

Diese Formulierung adaptierten wir auf eine typische Diagnostik-Situation in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, bei der man annehmen darf, dass die somatischen Beschwerden bereits von einem zuständigen Facharzt (oder sogar von mehreren) untersucht wurden. Folglich müssten dann ärztliche Einschätzungen vorliegen, die eine rein organische Erklärbarkeit der Beschwerden ausschließen. Das umfasst auch den oben enthaltenen Fall, dass zwar bekannte körperliche Krankheiten vorliegen, diese aber eben nicht die Ausprägung der Beschwerden erklären können. Das zweite Indiz leiteten wir aus den Erläuterungen von Prof. Henningsen (persönliche Kommunikation, 11. Januar 2017) ab, wonach in der psychosomatischen Praxis dem Umstand Rechnung getragen wird, dass medizinische Befunde und deren Interpretationen kaum jemals übereinstimmend und eindeutig ausfallen werden. Als Konsequenz hat sich eine etwas pragmatischere Sicht auf diagnostischen Kriterien etabliert, welche die therapeutische Relevanz bzw. Therapieindikation auf der somatischen Seite in den Vordergrund stellt. Wenn eine solche bei den vorliegenden Beschwerden nicht gegeben ist, ersetzt das in den Augen vieler Praktiker das insgesamt zu streng formulierte Kriterium der körperlichen Unerklärbarkeit. Diese beiden Indizien verdichteten wir schließlich zu der Formulierung, wie sie der nachfolgenden Tabelle unter dem Symptom Nr. 22 zu entnehmen ist.

In der Tabelle 3.49 sind alle 26 Symptome des Bereichs Somatoforme Störungen aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.7).

Tabelle 3.49: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Bereichs „Somatoforme Störungen“.

#	Symp- tom- Art	Symptombezeich- nung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
---	----------------------	-------------------------	----------------------	------------	--

1	SA SC	Somatische Beschwerden	Ich habe seit Monaten körperliche Beschwerden oder Schmerzen.	Haben Sie schon seit mehreren Monaten körperliche Beschwerden oder Schmerzen?	---
2	SA SC	Gesundheitssorgen	Ich mache mir ständig große Sorgen um meine körperliche Gesundheit.	Machen Sie sich viele Sorgen um Ihre körperliche Gesundheit?	---
3	SA	Aufwand bzgl. Beschwerden	Es kostet mich viel Zeit und Energie, mich um meine körperlichen Beschwerden zu kümmern.	Verlangt es Ihnen viel Aufwand ab (Zeit und Energie), sich um [Ihre körperlichen Beschwerden] zu kümmern?	---
4	SA	Unbefriedigende Erklärung	Es nervt mich, dass meine körperlichen Beschwerden offenbar nicht erklärbar sind.	Gab es bei den Untersuchungen [Ihrer körperlichen Beschwerden] bisher keine schlüssige Erklärung? Stört Sie das?	---
5	SA	Gedankenkreisen um Beschwerden	Ich denke ständig darüber nach, wie schlimm meine Beschwerden wirklich sind.	Sind Sie gedanklich ständig mit [Ihren körperlichen Beschwerden] beschäftigt und überlegen sich, wie schlimm sie wirklich sind?	---
6	SA	Kontrolle Krankheitszeichen	Ich achte ständig darauf, ob sich an meinem Körperzustand etwas verschlimmert.	Sind Sie oft darauf konzentriert, ob sich an Ihrem Körperzustand etwas verschlimmert?	---
7	SA	Geringe Selbstwirksamkeit	Ich selbst kann an meinen körperlichen Beschwerden kaum etwas ändern.	Haben Sie den Eindruck, an Ihren körperlichen Beschwerden eigentlich kaum etwas ändern zu können?	---
8	SA	Überzeugung gesundheitlicher Schwäche	Ich bin krankheitsanfälliger als die meisten anderen.	Denken Sie, Sie sind anfälliger für Krankheiten als die meisten anderen Menschen?	---
9	SA	Körperzentriertes Erklärungsmodell	Meine Beschwerden haben körperliche Ursachen und sollten auch so behandelt werden.	Ist es für Sie klar, dass Ihre Beschwerden körperliche Ursachen haben? Erwarten Sie auch eine entsprechende Behandlung?	---

10	SA	Vermeidung körperlicher Belastung	Ich schone mich wegen meiner Beschwerden und vermeide körperliche Belastungen.	Vermeiden Sie körperliche Belastungen, weil Sie denken, es sei besser, Ihren Körper zu schonen?	---
11	SA	Katastrophisierung	Sobald sich etwas im Körper ungut anfühlt, kommen mir sofort Gedanken an schlimme Krankheiten.	Wenn sich in Ihrem Körper etwas ungut anfühlt, müssen Sie dann sofort an eine schlimme Krankheit denken?	---
12	SA SU	Oberer Gastrointestinaltrakt: schlechter Geschmack im Mund	Ich habe oft einen schlechten Geschmack im Mund oder eine stark belegte Zunge.	Allgemein: (falls der Patient nicht selbst berichtet) Haben Sie Probleme im Hals oder im Mund?	---
12	SA SU	Oberer Gastrointestinaltrakt: Schluckstörungen	Ich habe ständig Schwierigkeiten beim Schlucken.	s.o.	---
12	SA SU	Oberer Gastrointestinaltrakt: Regurgitation	Ich muss oft aufstoßen (in der Speiseröhre).	s.o.	---
12	SA SU	Oberer Gastrointestinaltrakt: Aerophagie	Ich habe oft eine Art "Luftschlucken".	s.o.	---
12	SA SU	Oberer Gastrointestinaltrakt: Schluckauf	Ich habe oft Schluckauf.	s.o.	---
13	SA SU	Mittlerer Gastrointestinaltrakt: Magenbrennen	Ich habe oft ein Brennen im Brust- oder Magenbereich.	Allgemein: (falls der Patient nicht selbst berichtet) Haben Sie Beschwerden in der Magengegend?	---
13	SA SU	Mittlerer Gastrointestinaltrakt: Beschwerden Epigastrium	Ich spüre oft ein Druckgefühl, ein Kribbeln oder eine Unruhe im Bauch.	s.o.	---
13	SA SU	Mittlerer Gastrointestinaltrakt: Übelkeit	Mir ist oft übel.	s.o.	---
13	SA SU	Mittlerer Gastrointestinaltrakt: Völlegefühl	Ich habe oft ein Völlegefühl oder fühle mich überbläht.	s.o.	---
13	SA SU	Mittlerer Gastrointestinaltrakt: Erbrechen	Ich muss oft Erbrechen.	s.o.	---

13	SA SU	Mittlerer Gastrointestinaltrakt: Lebensmittel-Unverträglichkeit	Ich muss aufpassen, was ich esse – bestimmte Lebensmittel vertrage ich nicht.	s.o.	---
14	SA SU	Unterer Gastrointestinaltrakt: Häufiger Durchfall	Ich habe häufig Durchfall.	Allgemein: (falls der Patient nicht selbst berichtet) Haben Sie Probleme mit der Verdauung, beim Wasserlassen oder mit dem Stuhlgang?	---
14	SA SU	Unterer Gastrointestinaltrakt: Häufiger Stuhlgang	Ich habe mehrmals pro Tag Stuhlgang.	s.o.	---
14	SA SU	Unterer Gastrointestinaltrakt: Flüssigkeitsaustritt aus Darm	Oft tritt Flüssigkeit aus meinem Darm.	s.o.	---
14	SA SU	Unterer Gastrointestinaltrakt: Schmerzen im Enddarm	Ich habe oft Schmerzen im Enddarm.	s.o.	---
14	SA SU	Unterer Gastrointestinaltrakt: Erhöhte Miktionsfrequenz	Ich muss ständig aufs Klo zum Wasserlassen.	s.o.	---
14	SA SU	Unterer Gastrointestinaltrakt: Dysurie	Ich habe Probleme beim Wasserlassen.	s.o.	---
14	SA SU	Unterer Gastrointestinaltrakt: Schmerzen beim Wasserlassen	Ich habe oft Schmerzen beim Wasserlassen.	s.o.	---
15	SA SU	Kardio-vaskuläre Beschwerden: Atemnot ohne Anstrengung	Ich habe oft Atemnot, auch wenn ich mich nicht groß anstrengte.	Allgemein: (falls der Patient nicht selbst berichtet) Haben Sie Probleme mit der Atmung oder in der Herzgegend? Haben Sie häufig Schweißausbrüche oder ständige Mundtrockenheit?	---
15	SA SU	Kardio-vaskuläre Beschwerden: Hyperventilation	Ich muss oft übermäßig schnell ein- und ausatmen (hyperventilieren).	s.o.	---

15	SA SU	Kardio-vaskuläre Beschwerden: Brustschmerzen	Ich habe oft Schmerzen in der Brust.	s.o.	---
15	SA SU	Kardio-vaskuläre Beschwerden: Druckgefühl in der Herzgegend	Ich habe oft ein Druckgefühl in der Herzgegend.	s.o.	---
15	SA SU	Kardio-vaskuläre Beschwerden: Herzrasen / Herz- stolpern	Ich habe oft Herzra- sen oder Herzstolpern.	s.o.	---
15	SA SU	Kardio-vaskuläre Beschwerden: Schweißausbrüche	Ich habe oft Schweiß- ausbrüche (heiß oder kalt).	s.o.	---
15	SA SU	Kardio-vaskuläre Beschwerden: Ständige Mundtro- ckenheit	Ich habe ständig einen trockenen Mund.	s.o.	---
15	SA SU	Kardio-vaskuläre Beschwerden: Hit- zewallungen / Er- röten	Ich erröte oft oder habe Hitzewallungen.	s.o.	---
15	SA SU	Kardio-vaskuläre Beschwerden: Veränderungen der Haut	Meine Haut ist fleckig oder hat eine verän- derte Farbe, was mich stört.	s.o.	---
16	SA SU	Urogenitale Symp- tome: Missempfin- dungen Genitalbe- reich	Ich habe oft unange- nehme Empfindungen im Genitalbereich.	Allgemein: (falls der Patient nicht selbst berichtet) Haben Sie Beschwer- den im Genitalbereich oder beim Ge- schlechtsverkehr?	---
16	SA SU	Urogenitale Symp- tome: Abnormer vaginaler Ausfluss	Ich habe starken oder seltsamen vaginalen Ausfluss.	s.o.	---
16	SA SU	Urogenitale Symp- tome: Impotenz	Ich leide an Impotenz oder habe Mühe mit dem Samenerguss.	s.o.	---
16	SA SU	Urogenitale Symp- tome: Problemati- sche Regelblutun- gen	Ich habe sehr schmerzhafte oder un- regelmäßige Regel- blutungen.	s.o.	---
17	SA SU	Schmerzen: Schmerzen in Ext- remitäten	Ich habe oft Schmer- zen in den Armen o- der Beinen.	Allgemein: (falls der Patient nicht selbst berichtet) Haben Sie regelmäßig oder dauerhaft Schmerzen? Wo?	---

17	SA SU	Schmerzen: Gelenkschmerzen	Ich habe oft Gelenkschmerzen.	s.o.	---
17	SA SU	Schmerzen: Muskelschmerzen	Ich habe ständig Muskelschmerzen.	s.o.	---
17	SA SU	Schmerzen: Kopf- oder Gesichtsschmerzen	Ich habe oft Kopfschmerzen oder Schmerzen im Gesicht.	s.o.	---
17	SA SU	Schmerzen: Rückenschmerzen	Ich habe oft Rückenschmerzen.	s.o.	---
17	SA SU	Schmerzen: Schmerzen Geschlechtsverkehr	Ich habe oft Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.	s.o.	---
17	SA SU	Schmerzen: Bauchschmerzen	Ich habe oft Bauchschmerzen.	s.o.	---
18	SA SU	Sensorik: Kribbelempfindungen	Ich habe oft unangenehme Kribbelempfindungen.	Allgemein: (falls der Patient nicht selbst berichtet) Haben Sie Probleme mit dem Tastsinn, Sehsinn oder dem Gehör?	Hinweis: Überprüfen Sie, ob es sich bei den Konversionssymptomen nicht eher um dissoziative Zustände handelt, die sich durch eine (oft Trauma-induzierte) Desintegration psychischer Funktionen auszeichnet.
18	SA SU	Sensorik: Doppelbilder	Häufig sehe ich Doppelbilder.	s.o.	s.o.
18	SA SU	Sensorik: Blindheit	Oft kann ich nichts mehr sehen.	s.o.	s.o.
18	SA SU	Sensorik: Sensorische Ausfälle	Ich empfinde oft keine Berührungen oder Schmerzen mehr auf der Haut.	s.o.	s.o.
18	SA SU	Sensorik: Verlust des Hörvermögens	Oft höre ich plötzlich nichts mehr (oder alles stark gedämpft).	s.o.	s.o.
18	SA SU	Sensorik: Ohrgeräusche	Ich habe oft unangenehme Ohrgeräusche.	s.o.	s.o.
18	SA SU	Sensorik: Gedächtnisverlust	Oft ist mein Gedächtnis plötzlich weg.	s.o.	s.o.
19	SA SU	Willkürmotorik: Stimmverlust	Oft kann ich plötzlich nicht mehr sprechen (oder nur noch flüstern).	Allgemein: (falls der Patient nicht selbst berichtet) Verlieren Sie manchmal Ihre Stimme, das Gleichgewicht oder das Bewusstsein?	Hinweis: Bei Konversionssymptomen, welche die Willkürmotorik betreffen, ist der Übergang zu dissoziativen Zuständen fließend.

				Haben Sie Lähmungs- erscheinungen oder Krampfanfälle?	
19	SA SU	Willkürmotorik: Empfundene Be- wusstlosigkeit	Oft verliere ich das Bewusstsein.	s.o.	s.o.
19	SA SU	Willkürmotorik: Krampfanfälle	Ich habe Krampfan- fälle.	s.o.	s.o.
19	SA SU	Willkürmotorik: Gleichgewichts- störungen	Oft verliere ich plötz- lich das Gleichge- wicht.	s.o.	s.o.
19	SA SU	Willkürmotorik: Schwindel	Mir ist oft schwinde- lig.	s.o.	s.o.
19	SA SU	Willkürmotorik: Lähmungen	Oft kann ich meine Arme, meine Beine o- der den ganzen Kör- per nicht mehr bewe- gen.	s.o.	s.o.
20	SA	Erschöpfung	Ich bin schon nach kleinen Anstrengun- gen erschöpft.	Sind Sie schon nach kleinen Anstrengun- gen übermäßig er- schöpft?	---
21	SA	Missbildung	Mein Körper hat Missbildungen oder ist hässlich, was mich enorm stört.	Haben Sie den Ein- druck, Ihr Körper sei hässlich oder habe eine Missbildung? Stört Sie das sehr stark?	---
22	DI	Fehlende organi- sche Erklärung	---	(aus der Patientenakte zu erschließen) ODER: Haben Sie [Ihre kör- perlichen Beschwer- den] von einem Arzt / Facharzt abklären las- sen? Was kam dabei heraus?	Erläuterung: Das Symp- tom ist zu markieren, wenn ... a) ... eindeutige und/oder mehrfache ärztliche Ein- schätzungen vorliegen, die eine <u>rein organische Er- klärbarkeit der Beschwer- den ausschließen</u> , ODER b) ... aus somatisch-medizi- nischer Sicht keine unmit- telbare Therapieindikation gegeben ist. (Klenico)
23	DI	Fehlende neurolo- gische Erklärung	---	(aus der Krankenakte zu erschließen) ODER: Haben Sie [Ihre kör- perlichen Beschwer- den] neurologisch ab- klären lassen? Was kam dabei heraus?	Erläuterung: Das Symp- tom ist zu markieren, wenn eindeutige und/oder mehr- fache ärztliche Einschät- zungen vorliegen, die eine <u>rein neurologische Er-</u>

			<u>klärbarkeit</u> der Beschwerden ausschließen. (Klenico)
24	DI	Inakzeptanz ärztlicher Erklärung ---	<p><i>(Falls der Patient nicht selbst berichtet)</i> Konnten Sie etwas mit den Informationen anfangen, die Ihnen der Arzt / die Ärzte gegeben hat / haben?</p> <p>Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn der Patient die ärztlichen Erklärungen seiner Beschwerden entweder nur vorübergehend oder gar nicht akzeptiert. Das gilt auch für Erklärungen, die psychische Faktoren mit einschließen. (Klenico)</p>
25	DI	Häufige Arztbesuche ---	<p>Wie häufig waren Sie im letzten Jahr beim Arzt wegen [Ihrer körperlichen Beschwerden]?</p> <p>Waren das unterschiedliche Ärzte? (Aus welchen Fachgebieten?)</p> <p>Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn der Patient innerhalb eines Jahres mehr als 3 Mal aufgrund derselben Beschwerden eine ärztliche Konsultation aufsuchte. Der Schweregrad des Symptoms ist nach folgenden Kriterien zu beurteilen: a) <u>Gesamtzahl</u> der ärztlichen Konsultationen (auch aufgrund unterschiedlicher Beschwerden) b) Anzahl Arztbesuche bei <u>verschiedenen Spezialisten</u> innerhalb eines medizinischen Gebietes. (Klenico)</p>
26		Hypochondrische Angst ---	<p>Was ist der konkrete Anlass für die Sorgen, die Sie sich um Ihre Gesundheit machen?</p> <p>Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn der Patient übermäßige <u>Besorgnis</u> äußert, eine ernsthafte, noch nicht diagnostizierte Krankheit zu haben oder zu bekommen. Als übermäßig ist die Besorgnis dann zu werten, wenn ... a) ... keinerlei Hinweise (z.B. organische Symptome) für die Krankheit bestehen, oder wenn ... b) ... nichtpathologische Empfindungen (z.B. orthostatischer Schwindel), zeitlich begrenzte Dysfunktionen (z.B. vorübergehender Tinnitus) oder körperliches Unbehagen (z.B. Aufstoßen) als Krankheitshinweise deutlich überbewertet werden.</p>

Abkürzungen: SA = Selbstausskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation, s.o. = siehe oben

3.2.5.8. Items zu Zwängen

Die Operationalisierung der Zwangsphänomene aus der Innenperspektive der Betroffenen stellte uns vor eine ganze Reihe von Herausforderungen: Erstens sollte bei den möglichst knapp zu haltenden Ich-Aussagen zum Ausdruck kommen, dass die Ursprünge der Zwangsgedanken und -handlungen in der eigenen Person gesehen werden und nicht etwa in äußeren Umständen oder – wie im psychotisch entgleisten Denken – in einer externen, die eigene Person beeinflussenden Macht. Gleichzeitig sollte darin aber auch der Aspekt des erlebten Zwangs, also des unbedingten Müssens bzw. der Unterwanderung des bewussten Willens, enthalten sein. Dieser inhärente Widerspruch von selbstgesteuertem Tun, das aber nicht freiwillig erfolgt, erschien uns charakteristisch für die Phänomenologie der Zwangssymptomatik. Eine Item-Formulierung wie „bestimmte Dinge muss ich immer wieder tun, obwohl ich eigentlich nicht möchte“ würde hier aber viel zu kurz greifen und angesichts normaler Erfordernisse des Alltagslebens zu einer Überzahl von Falsch-Positiv-Signalen führen. Auch eine stärkere Verortung der Handlung in der eigenen Person wie z.B. „ich tue bestimmte Dinge immer wieder, obwohl ich das eigentlich nicht möchte“ bringt die Sache nicht auf den Punkt. In Bezug auf „Zwangshandlungen“ entschieden wir uns daher, deren stark repetitiven Charakter zu betonen und zur Verdeutlichung den in der Alltagssprache verankerten Ausdruck „unter Zwang“ zu verwenden. Daraus resultierte das Item „bestimmte Handlungen muss ich übermäßig häufig wiederholen – wie unter Zwang“. Analog dazu formulierten wir das Item für „Zwangsgedanken“, nämlich „bestimmte Dinge muss ich im Kopf übermäßig oft wiederholen – dagegen bin ich machtlos“. Dabei wurde dem möglichen Inhalt der Gedanken absichtlich ein breites assoziatives Feld eröffnet und durch den Ausdruck „im Kopf“ anstatt „in Gedanken“ die kontrollierende Funktion der Zwangsgedanken hervorgehoben. Semantisch rückt das Item durch die Betonung des repetitiven Moments deutlich in Richtung der mentalen Handlungen, also von wiederholten gedanklichen Abläufen. Demgegenüber zielt die Item-Operationalisierung der „Zwanghaften Vorstellungen“ mit der Formulierung „bestimmte Vorstellungen, Bilder oder fiktive Szenen drängen sich mir immer wieder auf“ eher auf die mentalen Ursprünge einer Zwangssymptomatik, die dann sowohl mentale Handlungen als auch in der Realität vollzogene Zwangshandlungen zur Folge haben können. Zur semantischen Abgrenzung

von Intrusionserlebnissen (vgl. 3.2.4.19) war dabei das Adjektiv „fiktiv“ unabdingbar, obschon es tendenziell eher in der Bildungssprache verortet ist und dadurch die Gefahr besteht, dass es nicht von allen Patienten korrekt verstanden wird.

Viele der inhaltlichen Subspezifikationen von Zwangsgedanken und -handlungen sind im Grunde übliche, alltägliche Handlungen, die, auch wenn sie häufiger ausgeführt werden, noch kein Anzeichen für eine Pathologie sein müssen. Um die entsprechenden Items inhaltlich zu schärfen, ergänzten wir sie jeweils um den Ausdruck „übermäßig oft“ sowie um eine kurze Begründung, wodurch wir die inadäquate Kausalität verdeutlichen konnten. Ein Beispiel hierfür ist das Item „ich muss sehr häufig Wörter wiederholen, um Unheil oder negative Gefühle abzuwenden“. Das Wort „Unheil“ steht dabei für befürchtete äußere Begebenheiten und der unspezifische Ausdruck „negative Gefühle“ für eine Reihe von möglichen inneren Spannungszuständen.

Bei einigen Symptomen, beispielsweise bei „Versuche zu ignorieren“ oder „Versuche zu unterdrücken“ war es nötig, innerhalb des Items einen inhaltlichen Bezug zu Zwangsgedanken herzustellen. Dafür wählten wir den Ausdruck „die aufdringlichen Gedanken“ und nicht etwa den Fachbegriff Zwangsgedanken, wobei wir annahmen, dass der Ausdruck insbesondere für Betroffene eine hinreichende Salienz hat, um auf die phänomenalen Qualia der Zwangsgedanken zu verweisen.

Die semantische Analyse ergab, dass 16 der insgesamt 19 Symptome als Selbstauskunftssymptome zu klassifizieren sind und lediglich drei als Diagnostiker-Symptome. So sollte etwa die „Inadäquatheit der Handlungen“ angesichts des bei Zwangspatienten stark verbreiteten magischen Denkens von einer Fachperson in der Außenperspektive beurteilt werden. Auch ein mögliches Vermeidungsverhalten, das im Zusammenhang von Zwangsstörungen auftreten kann, bleibt der Beurteilung durch den Diagnostiker vorenthalten, weil eine Operationalisierung in Form der Selbstauskunft sehr umständlich ausgefallen wäre. Das gleiche gilt für die vier „Besonderen Zwänge“ Trichotillomanie, Dermatillomanie, Pathologisches Horten und Körperdysmorphie. Hierzu werden dem Diagnostiker kurze Definitionen vorgegeben, anhand derer er diese Besonderheiten einschätzen kann. Dieses „Symptom“ weist also – gleichermaßen wie die Symptome Zwangsgedanken und Zwangshandlungen eine Reihe von Subspezifikationen auf. Der gesamte Bereich umfasst drei Screening-Items, nämlich diejenigen zu „Zwangsgedanken“, „Zwangshandlungen“ und „Zwanghaften Vorstellungen“.

In der Tabelle 3.50 sind alle 19 Symptome des Bereichs Zwänge aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.8).

Tabelle 3.50: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Bereichs „Zwänge“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SU SC	Zwangsgedanken: Zwangsgedanken	Bestimmte Dinge muss ich im Kopf übermäßig oft wiederholen – dagegen bin ich machtlos.	Gibt es bestimmte Dinge, die Sie gedanklich übermäßig oft wiederholen müssen, auch wenn Sie sich dagegen zur Wehr setzen?	Erläuterung: Wenn die Zwangsgedanken des Patienten nicht einer der vorgegebenen Kategorien entspricht, kann „Zwangsgedanken“ als Sammelkategorie verwendet werden.
1	SA SU	Zwangsgedanken: Zwang zu beten	Ich muss übermäßig oft beten, um Unheil oder negative Gefühle abzuwenden.	Müssen Sie übermäßig oft beten, um Unheil oder negative Gefühle abzuwenden?	s.o.
1	SA SU	Zwangsgedanken: Zählzwang	Ich muss immer wieder zählen, um Unheil oder negative Gefühle abzuwenden.	Müssen Sie ständig zählen, um Unheil oder negative Gefühle abzuwenden?	s.o.
1	SA SU	Zwangsgedanken: Zwang Wörter zu wiederholen	Ich muss sehr häufig Wörter wiederholen, um Unheil oder negative Gefühle abzuwenden.	Müssen Sie sehr oft Wörter wiederholen, um Unheil oder negative Gefühle abzuwenden?	s.o.
2	SA SC	Zwanghafte Vorstellungen	Bestimmte Vorstellungen, Bilder oder fiktive Szenen drängen sich mir immer wieder auf.	Gibt es bestimmte Vorstellungen, Bilder oder fiktive Szenen, die sich Ihnen immer wieder aufdrängen?	---
3	SA SC	Zwangshandlungen	Bestimmte Handlungen muss ich übermäßig häufig wiederholen – wie unter Zwang.	Gibt es bestimmte Handlungen, die Sie übermäßig häufig wiederholen müssen – so, als wären Sie unter Zwang?	Erläuterung: Dieses Symptom ist v.a. dann zu markieren, wenn die Zwangshandlungen des Patienten nicht einer der vorgegebenen Kategorien entspricht (vgl. „Spezifische Zwangshandlung“).
4	SA SU	Spezifische Zwangshandlung: Waschzwang	Ich wasche mir sehr oft (oder lange) die	Waschen Sie sich sehr oft (oder sehr lange) die Hände? Weshalb?	Erläuterung: Hier können die Zwangshandlungen

			Hände, weil sie verunreinigt sein könnten.		gen des Patienten inhaltlich spezifiziert werden. (Wenn keine Kategorie zutrifft, ist nur das Symptom „Zwangshandlungen“ zu markieren.)
4	SA SU	Spezifische Zwangshandlung: Reinlichkeitszwang	Ich dusche sehr oft (oder lange), weil ich mich verunreinigt haben könnte.	Duschen oder reinigen Sie sich sehr oft (oder sehr lange)? Weshalb?	s.o.
4	SA SU	Spezifische Zwangshandlung: Hygienezwang	Ich putze sehr oft (oder lange), weil ständig etwas unrein sein könnte.	Putzen oder reinigen Sie Ihre Sachen sehr oft (oder sehr lange)? Weshalb?	s.o.
4	SA SU	Spezifische Zwangshandlung: Ordnungszwang	Ich muss übermäßig oft Dinge ordnen, sonst leide ich darunter.	Sind Sie sehr stark damit beschäftigt, Alltagsgegenstände zu ordnen? Weshalb?	s.o.
4	SA SU	Spezifische Zwangshandlung: Kontrollzwang	Nur wenn ich übermäßig oft Dinge kontrolliere, kann ich Gefahren abwenden.	Sind Sie sehr stark damit beschäftigt, Dinge zu überprüfen und zu kontrollieren? Weshalb?	s.o.
4	SA SU	Spezifische Zwangshandlung: Rückversicherungszwang	Ich muss immer wieder sicherstellen, dass etwas Schlimmes nicht passiert ist.	Sind Sie sehr stark damit beschäftigt, sicherzustellen, dass etwas Schlimmes nicht passiert ist?	s.o.
5	SA	Unbehagen wegen Gedanken	Die aufdringlichen Gedanken lösen bei mir Unwohlsein oder Angst aus.	Lösen die aufdringlichen Gedanken oder Vorstellungen bei Ihnen Unwohlsein oder Angst aus?	---
6	SA	Versuche zu ignorieren	Ich habe schon oft versucht, die aufdringlichen Gedanken zu ignorieren.	Haben Sie schon versucht, die aufdringlichen Gedanken einfach zu ignorieren? Funktionierte das?	---
7	SA	Versuche zu unterdrücken	Ich habe schon oft versucht, die aufdringlichen Gedanken zu unterdrücken.	Haben Sie schon versucht, die aufdringlichen Gedanken zu unterdrücken? Funktionierte das?	---
8	SA	Neutralisierungsversuche	Bestimmte Handlungen helfen mir, aufdringliche Gedanken zu „entschärfen“.	Versuchen Sie, die aufdringlichen Gedanken durch bestimmte Handlungen zu „entschärfen“ oder zu „neutralisieren“?	„Neutralisieren“ oder „entschärfen“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die betroffene Person versucht, das <u>unangenehme</u> Gefühl, das durch einen Zwangsgedanken o-

					der eine zwanghafte Vorstellung ausgelöst wurde, durch eine Gegenmaßnahme auszugleichen. Diese Gegenmaßnahme kann wiederum in einer Zwangshandlung oder einem gedanklichen Zwangsritual (z.B. Zählen, Beten) bestehen. (Klenico; DSM-5, 2015, S. 324)
9	SA	Erkennen als unsinnig	Ich finde die aufdringlichen Gedanken übertrieben oder unsinnig.	Halten Sie selbst die Gedanken oder Vorstellungen, die sich Ihnen aufdrängen, für übertrieben oder unsinnig?	---
10	SA	Zeitintensive Gedanken	Ich bin teils stundenlang am Tag mit den aufdringlichen Gedanken beschäftigt.	Was würden Sie schätzen: Wie lange sind Sie im Schnitt pro Tag mit den aufdringlichen Gedanken beschäftigt? Länger als 1h?	---
11	SA	Befolgen strenger Regeln	Für bestimmte Handlungen habe ich strenge Regeln, die ich befolgen muss.	Müssen Sie bestimmte Handlungen nach strengen Regeln ausführen?	---
12	SA	Gedanken-Handlungs-Fusion	Etwas Schlimmes zu denken ist für mich fast das Gleiche wie etwas Schlimmes zu tun.	Man kann etwas Schlimmes tatsächlich tun – oder man kann es nur denken. Finden Sie das gleichermaßen verwerflich?	Gedanken-Handlungs-Fusion bezeichnet die unzureichende Abgrenzung zwischen einer <u>tatsächlichen Handlung</u> und der rein gedanklichen Vorstellung einer Handlung. Dies kann insbesondere bei moralisch besetzten Zwangsthematiken einen hohen Leidensdruck erzeugen. (Klenico)
13	SA	Not-just-right-Gefühl	Ich habe oft Zweifel, ob das, was ich gerade getan habe, korrekt und vollständig war.	Kennen Sie das: Wenn Sie etwas getan haben, kommen Ihnen Zweifel, ob Sie es wirklich getan haben, ob Sie es korrekt ausgeführt und abgeschlossen haben?	Von Not-just-right-Gefühl spricht man, wenn bei einer betroffenen Person immer wieder <u>starke Zweifel</u> aufkommen, ob eine Handlung sachlich korrekt und vollständig ausgeführt wurde, oder ob die Handlung tatsächlich stattgefunden hat. (Klenico)

14	SA	Reduzieren von Unbehagen	Indem ich bestimmte Handlungen wiederhole, kann ich mein Unwohlsein reduzieren.	Hilft Ihnen das Wiederholen von [bestimmten Handlungen] Ihr Unwohlsein oder Ihre Angst zu reduzieren?	---
15	SA	Unheil vorbeugen	Nur wenn ich bestimmte Handlungen wiederhole, wird ein Unheil verhindert.	Denken Sie, dass das Wiederholen von [bestimmten Handlungen] dazu dient, ein Unheil zu verhindern?	Hinweis: Hier ist nicht entscheidend, ob das befürchtete Unheil realistischere Weise eintreten oder verhindert werden kann.
16	SA	Zeitintensive Handlungen	Ich bin teils stundenlang mit dem Wiederholen bestimmter Handlungen beschäftigt.	Wenden Sie pro Tag mehr als 1 Stunde für [die Handlungen] auf?	---
17	DI	Inadäquatheit der Handlungen	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren)	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn die Zwangshandlungen nach objektiven Gesichtspunkten nichts Wesentliches dazu beitragen, das vom Patienten befürchtete Ereignis zu verhindern. (Klenico)
18	DI	Vermeidungsverhalten Zwang	---	Gibt es bestimmte Situationen, die Sie vermeiden, damit die Gedanken oder der Drang zu den Handlungen nicht auftreten?	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn der Patient bestimmte Orte, Situationen oder Dinge <u>aktiv vermeidet</u> , um den Zwang nicht auszulösen. (Klenico)
19	DI SU	Besondere Zwänge: Trichotillomanie	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren)	Erläuterung: Hier sind Zwänge mit besonderer Thematik zu vermerken. – Trichotillomanie: wiederkehrendes Ausreißen der eigenen Haare, was zu Haarausfall führt – Dermatillomanie: wiederkehrendes Zupfen oder Quetschen der Haut, was Hautverletzungen zur Folge hat – Pathologisches Horten: anhaltende Schwierigkeit, Gegenstände wegzuwerfen oder sich von ihnen zu trennen, unabhängig von deren tatsächlichem Wert – Körperdysmorphie: übermäßige Beschäftigung mit wahrgenommenen

					Mängeln oder Defekten im äußeren Erscheinungsbild, die für andere nicht erkennbar sind oder geringfügig erscheinen. (DSM-5, 2015, S. 336, S. 342, S. 346, S. 330)
19	DI SU	Besondere Zwänge: Dermatil- lomanie	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpre- tieren)	s.o.
19	DI SU	Besondere Zwänge: Patholo- gisches Horten	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpre- tieren)	s.o.
19	DI SU	Besondere Zwänge: Körper- dysmorphie	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpre- tieren)	s.o.

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation, s.o. = siehe oben

3.2.5.9. Items zu Angststörungen: Panikstörung

Wie im entsprechenden Unterkapitel zur Symptom-Extraktion der Panikstörung erwähnt (vgl. 3.2.4.9), entschieden wir, die in den diagnostischen Kriterien explizit aufgeführten Symptome mit dem an sich übergeordneten Phänomen der Panikattacke auf die gleiche Hierarchiestufe zu stellen. Um dies zu gewährleisten, mussten wir für das Symptom „Panikattacken“ eine griffige Operationalisierung finden, sodass sich die Betroffenen sofort an die phänomenalen Qualia ihrer entsprechenden Erlebnisse erinnerten. Hierfür fanden wir drei mögliche Zugänge: Erstens ist anzunehmen, dass Betroffene, die schon mehrfach Panikattacken erlebten, eine Begrifflichkeit für diese äußerst heftigen emotionalen Zustände suchten und fanden, nämlich genau in dem umgangssprachlich etablierten Begriff Panikattacken, den wir in der ersten Variante der Symptom-Operationalisierung folglich direkt verwendeten. Die Gefahr, dass gerade Personen mit einer ängstlichen Grunddisposition den Begriff ihrem situativen Erleben übermäßig häufig zuschreiben, ohne dass dies klinisch relevante Zustände betreffen würde, kann durch die weiterführende Symptomexploration abgefangen werden. Das entsprechende Item formulierten wir als „ich erlebte schon mehr als eine Panikattacke“. Das Item der zweiten Zugangsvariante lautete: „Manchmal überkam mich plötzlich eine durchdringende Angst, die minutenlang anhielt.“ Hier explizierten wir das Gefühl der Angst und brachten die starke Intensität des emotionalen Erlebens mit dem Adjektiv durchdringend zum Ausdruck. Die Ver-

weise auf die Dauer von einigen Minuten („minutenlang“) und den abrupten Beginn („plötzlich“) adressieren die Episodenhaftigkeit der Ereignisse, der Ausdruck „es überkommt mich“ unterstreicht zudem die für die Betroffenen nicht zu eruierende Ursächlichkeit sowie die erlebte Unkontrollierbarkeit. Das zeitlich eher unspezifische Adverb „manchmal“ stellte eine knappe Alternative dar zu an sich präziseren Umschreibungen wie z.B. „es kam schon öfter vor, dass ...“. Die dritte Zugangsvariante konzipierten wir über das Symptom der Atemnot und zwar vor dem Hintergrund, dass das Erleben einer Panikattacke von den Betroffenen bisweilen gar nicht mit dem Gefühl der Angst in Verbindung gebracht wird (vgl. Lieb & Wittchen, 2005). Diese Gegebenheit widerspiegelt sich auch in den diagnostischen Kriterien, wo ein „intensives Unbehagen“ als gleichwertige Empfindung wie „intensive Angst“ genannt wird. Das entsprechende Item formulierten wir daher stark an den Körperfunktionen orientiert als „manchmal hatte ich plötzlich das Gefühl, keine Luft mehr zu kriegen“. Außerdem gingen wir davon aus, dass Atemnot eines der am häufigsten wahrgenommenen bzw. am häufigsten bewusst erlebten Symptome bei Panikattacken ist.

Diese drei Zugänge zum phänomenalen Erleben der Betroffenen klassifizierten wir auch als Screening-Items für den Unterbereich der Panikstörung, wobei die ersten zwei als Subspezifikationen desselben Symptoms (Panikattacken) fungieren. Dadurch konnte gewährleistet werden, dass die mit Panikattacken assoziierten Symptome wie „Atemnot“, „Erstickungsgefühle“, „Herzklopfen“, etc. nur dann abgefragt werden, wenn zumindest ein Hinweis darauf besteht, dass beim Patienten erlebte Panikattacken vorliegen. Aufgrund der randomisierten Item-Darbietung im adaptiven Teil der Selbstauskunft (vgl. 2.2.2.2) war es allerdings nötig, in die Item-Formulierungen der assoziierten Symptome einen Bezug zum Panikerleben zu integrieren. Der Begriff der Panikattacke wäre in diesem Zusammenhang in seinem Bedeutungsraum zu eng ausgefallen. Um ein etwas erweitertes Erlebensspektrum der Betroffenen einzufangen, wählten wir daher den Ausdruck „Angstanfall“, was angesichts der eben angesprochenen Fälle, in denen die Angst nicht als solche verstanden wird, letztlich eine der Verknappung geschuldete Kompromisslösung darstellt. Von den insgesamt 21 Symptomen dieses Unterbereichs ordneten wir 20 der Selbstauskunft zu und klassifizierten nur ein einziges, nämlich „Maladaptive Verhaltensänderung“ als Diagnostiker-Symptom. Für die Beurteilung dieses Symptoms ist eine distanzierte Außenperspektive und eine möglicherweise etwas weiterführende Exploration nötig, sodass eine Operationalisierung als Selbstauskunft entweder nicht zuverlässig oder aber zu umständlich ausgefallen wäre.

In der Tabelle 3.51 sind alle 21 Symptome des Unterbereichs Panikstörung aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.9).

Tabelle 3.51: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Unterbereichs „Panikstörung“.

#	Symp- tom- Art	Symptombezeich- nung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SC SU	Panikattacken A	Ich erlebte schon mehr als eine Panikattacke.	Haben Sie schon Panikattacken erlebt? Wie oft?	---
1	SA SC SU	Panikattacken B	Manchmal überkam mich plötzlich eine durchdringende Angst, die minutenlang anhielt.	Haben Sie schon erlebt, dass Sie sich plötzlich voller Angst, beklommen oder unbehaglich fühlten und dieser Zustand minutenlang anhielt?	---
2	SA	Unvorhersehbare Panik	Die Angstanfälle, die ich erlebte, kamen für mich völlig unerwartet.	Kamen die Angstanfälle für Sie völlig unerwartet oder kennen Sie den Auslöser?	Hinweis: Entscheidend ist dabei, dass die Panikattacken für die betroffene Person <u>unvorhersehbar</u> sind.
3	SA	Angst vor Panikattacken	Ich fürchte dauernd, dass mich ein weiterer heftiger Angstanfall überkommt.	Befürchten Sie dauernd, dass Sie einen weiteren heftigen Angstanfall erleben?	---
4	SA	Gesundheitssorgen Panik	Ich mache mir Sorgen, dass die Angstanfälle meiner Gesundheit schaden.	Machen Sie sich Sorgen, dass die Angstanfälle Ihrer Gesundheit schaden könnten?	---
5	SA SC	Atemnot	Manchmal hatte ich plötzlich das Gefühl, keine Luft mehr zu kriegen.	Hatten Sie während des Anfalls das Gefühl, keine Luft mehr zu kriegen?	---
6	SA	Erstickungsgefühle	Während der Angstanfälle hatte ich das Gefühl, zu ersticken.	Hatten Sie während des Angstanfalls das Gefühl, zu ersticken?	---
7	SA	Herzklopfen	Während der Angstanfälle merkte ich, wie mein Herz pocht.	Als Sie einen solchen Angstanfall erlitten: Merkten Sie, wie Ihr Herz pochte oder raste?	---

8	SA	Thoraxbeschwerden	Während der Angst-anfälle hatte ich Schmerzen, Enge- oder Druckgefühle in der Brust.	Hatten Sie während des Angstanfalls Schmerzen in der Brust, oder ein Enge- oder Druckgefühl?	---
9	SA	Zittern	Während der Angst-anfälle habe ich gezittert.	Zitterten oder bebten Sie während des Angstanfalls?	---
10	SA	Übelkeit	Während der Angst-anfälle wurde mir übel.	Wurde Ihnen während des Angstanfalls übel?	---
11	SA	Schwindelgefühle	Während der Angst-anfälle wurde mir schwindelig.	Wurde Ihnen während des Angstanfalls schwindelig?	---
12	SA	Schweißausbrüche	Während der Angst-anfälle hatte ich Schweißausbrüche.	Hatten Sie während des Angstanfalls Schweißausbrüche?	---
13	SA	Hitzewallungen	Während der Angst-anfälle hatte ich Hitzewallungen.	Hatten Sie während des Angstanfalls Hitzewallungen?	---
14	SA	Kälteschauer	Während der Angst-anfälle hatte ich Kälteschauer.	Hatten Sie während des Angstanfalls Kälteschauer?	---
15	SA	Mundtrockenheit	Während der Angst-anfälle kriegte ich einen ganz trockenen Mund.	Kriegten Sie während des Angstanfalls einen ganz trockenen Mund?	---
16	SA	Kribbelgefühle	Während der Angst-anfälle hatte ich Kribbel- oder Taubheitsgefühle.	Hatten Sie während des Angstanfalls Kribbel- oder Taubheitsgefühl?	---
17	SA	Angst vor Kontrollverlust	Manchmal habe ich Angst, durchzudrehen und komplett die Kontrolle zu verlieren.	Hatten Sie manchmal Angst, durchzudrehen, auszuflippen und komplett die Kontrolle zu verlieren?	---
18	SA	Angst zu sterben	Während der Angst-anfälle hatte ich Angst zu sterben.	Hatten Sie während des Angstanfalls Angst zu sterben?	---
19	SA	Derealisation	Im heftigsten Angstzustand sah ich das Geschehen wie als Beobachter von außen.	Sahen Sie während des Angstanfalls das Geschehen wie als Beobachter von außen?	---

20	SA	Depersonalisation	Im Panikzustand sah ich meine Gedanken, Gefühle und Handlungen wie von außen.	Sahen Sie während des Angstanfalls Ihre Gedanken, Gefühle und Handlungen wie von außen?	---
21	DI	Maladaptive Verhaltensänderung	---	Haben Sie sich Sachen angewöhnt, um weitere Angstanfälle zu verhindern?	Unter maladaptiver Verhaltensänderung ist der <u>Umgang mit einem Problem</u> zu verstehen, der dieses <u>nicht wirksam löst</u> , sondern im Gegenteil <u>weitere Einschränkungen</u> oder Nachteile zur Folge hat. Bsp.: Vermeidung von körperlicher Betätigung oder von unbekannten Situationen, um Panikattacken zu vermeiden. (Klenico; DSM-5, 2015, S. 283)

Abkürzungen: SA = Selbstausskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.10. Items zu Angststörungen: Agoraphobie

Im Abschnitt zur Extraktion von Symptomen der Agoraphobie erörterten wir bereits die Unterschiede zwischen Angst, Furcht, Befürchtung und Vermeidung (vgl. 3.2.4.10). Bei der Formulierung der entsprechenden Items galt es nun, einerseits die umgangssprachliche Verwendung dieser Wortmarken und andererseits die diesbezügliche phänomenologische Perspektive der Betroffenen zu berücksichtigen. Wie schon bei der Panikstörung stellte sich dabei die Frage, ob Betroffene in jedem Fall in der Lage sind, ihre Empfindungen als Angstsymptomatik aufzufassen. Da uns dies ungewiss erschien, entschieden wir, bei den Screening-Items auf das manifeste Verhalten, d.h. auf die Vermeidung, zu fokussieren, die in ihrer simplen und unverhältnismäßig verallgemeinernden Form der Selbstreflexion zugänglich sein sollte. Weil uns die sich daraus ergebende Zahl von fünf Screening-Items für den Unterbereich der Agoraphobie zu hoch erschien, ließen wir das Symptom „Vermeidung ÖV“ als Screening-Item fallen, zumal es für die Agoraphobie letztlich zu unspezifisch ist. In den verbleibenden vier Screening-Items werden weder Angst noch Furcht noch Befürchtungen erwähnt.

Für jede der fünf agoraphobischen Situationen gemäß DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 295) konzipierten wir jeweils ein Symptom mit zwei bis drei Subspezifikationen

nen, worin wir die verschiedenen möglichen Begründungen für das agoraphobische Vermeidungsverhalten ausformulierten (vgl. 3.2.4.10). In Abgrenzung zu den oben genannten Symptomen des Vermeidungsverhaltens nannten wir diese begründungsbezogenen Symptome jeweils „Befürchtung ...“. Die entsprechenden Items beginnen jeweils mit dem Hauptsatz „ich fürchte, ...“, der die Objektbezogenheit prägnanter zum Ausdruck bringt als alternative Formulierungen wie z.B. „ich habe Angst davor, ...“. Für die panikbezogenen Begründungen wählten wir – wie teilweise auch im Unterbereich der Panikstörung – die Bezeichnung „Angstanfall“, der es ermöglicht, ein etwas erweitertes Erlebensspektrum der Betroffenen einzufangen als der Ausdruck „Panikattacke“. Für die fluchtbezogenen Begründungen mussten wir eine ebenfalls allgemeingültige Formulierung als mögliche (letztlich wohl meist irrationale) Begründung für eine Flucht integrieren, wofür wir den Ausdruck „im Notfall“ wählten. Als äquivalenten und hinreichend allgemeingültigen Ausdruck für die schambezogene Begründung wählten wir schließlich „peinliches Aufsehen erregen“. Von den insgesamt 15 Symptomen dieses Unterbereichs ordneten wir 14 der Selbstauskunft zu und klassifizierten nur ein einziges, nämlich „Einschränkung Agora“ als Diagnostiker-Symptom. Zur Beurteilung dieses Symptoms ist eine distanzierte Außenperspektive und eine etwas weiterführende Exploration nötig, sodass eine Operationalisierung als Selbstauskunft entweder nicht zuverlässig oder aber zu umständlich ausgefallen wäre.

In der Tabelle 3.52 sind alle 15 Symptome des Unterbereichs Agoraphobie aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.10).

Tabelle 3.52: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Unterbereichs „Agoraphobie“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SC	Vermeidung belebter Plätze	Ich meide große, belebte Plätze (z.B. Marktplatz, Fußgängerzone).	Meiden Sie große, belebte Plätze (z.B. einen Marktplatz, die Fußgängerzone)?	---

2	SA SU	Befürchtung belebte Plätze A	Ich fürchte, bei einem Angstanfall auf belebten Plätzen nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen.	Befürchten Sie, im Falle eines Angstanfalls auf belebten Plätzen nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen?	---
2	SA SU	Befürchtung belebte Plätze B	Ich fürchte, im Notfall käme ich von belebten Plätzen nicht schnell genug weg.	Befürchten Sie, im Notfall von belebten Plätzen nicht schnell genug weg zu kommen? (Z.B. bei einem Angstanfall oder wenn etwas Peinliches passiert ...)	---
2	SA SU	Befürchtung belebte Plätze C	Ich fürchte, ich könnte auf belebten Plätzen peinliches Aufsehen erregen.	Befürchten Sie, auf belebten Plätzen peinliches Aufsehen zu erregen?	---
3	SA SC	Vermeidung öffentlicher Räume	Ich meide öffentliche Räume (z.B. Geschäfte, Kinos, Theater, Bahnhofshallen).	Meiden Sie öffentliche Räume? (Z.B. Geschäfte, Kinos, Theater, Bahnhofshallen)	---
4	SA SU	Befürchtung öffentlicher Räume A	Ich fürchte, bei einem Angstanfall in öffentlichen Räumen nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen.	Befürchten Sie, im Falle eines Angstanfalls in öffentlichen Räumen nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen?	---
4	SA SU	Befürchtung öffentlicher Räume B	Ich fürchte, im Notfall nicht schnell genug aus öffentlichen Räumen flüchten zu können.	Befürchten Sie, im Notfall nicht schnell genug aus öffentlichen Räumen flüchten zu können?	---
4	SA SU	Befürchtung öffentlicher Räume C	Ich fürchte, ich könnte in öffentlichen Räumen peinliches Aufsehen erregen.	Befürchten Sie, in öffentlichen Räumen peinliches Aufsehen zu erregen?	---
5	SA SC	Vermeidung Menschenmengen	Ich meide große Menschenmengen.	Meiden Sie große Menschenmengen?	---
6	SA SU	Befürchtung Menschenmenge A	Ich fürchte, bei einem Angstanfall in einer Menschenmenge nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen.	Befürchten Sie, in einer Menschenmenge im Falle eines Angstanfalls nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen?	---
6	SA SU	Befürchtung Menschenmenge B	Ich fürchte, im Notfall nicht schnell genug aus einer Menschenmenge flüchten zu können.	Befürchten Sie, im Notfall nicht schnell genug aus einer Menschenmenge flüchten zu können?	---

6	SA SU	Befürchtung Menschenmenge C	Ich fürchte, ich könnte in einer Menschenmenge peinliches Aufsehen erregen.	Befürchten Sie, in einer Menschenmenge peinliches Aufsehen zu erregen?	---
7	SA SC	Angst allein außer Haus	Ich vermeide es, alleine außer Haus zu gehen.	Vermeiden Sie es, alleine außer Haus zu gehen?	---
8	SA SU	Befürchtung allein außer Haus A	Ich fürchte, bei einem Angstanfall nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen, wenn ich allein unterwegs bin.	Befürchten Sie, bei einem Angstanfall nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen, wenn Sie allein unterwegs sind?	---
8	SA SU	Befürchtung allein außer Haus B	Ich fürchte, ich könnte peinliches Aufsehen erregen, wenn ich allein unterwegs bin.	Befürchten Sie, peinliches Aufsehen zu erregen, wenn Sie allein unterwegs sind?	---
9	SA	Begleitung nötig	Es gibt Orte oder Situationen, die ich vermeide. Dorthin gehe ich nur in Begleitung.	Wenn Sie an Orte oder in Situationen gehen, die Sie sonst meiden: Achten Sie dann darauf, dass Sie immer jemand begleitet?	---
10	SA	Vermeidung ÖV	Ich meide den öffentlichen Verkehr – aus Angst.	Meiden Sie den öffentlichen Verkehr? Geschieht das aufgrund einer Angst?	---
11	SA SU	Befürchtung ÖV A	Ich fürchte, bei einem Angstanfall im öffentlichen Verkehr nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen.	Befürchten Sie, bei einem Angstanfall im öffentlichen Verkehr nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen?	---
11	SA SU	Befürchtung ÖV B	Ich fürchte, im Notfall käme ich im öffentlichen Verkehr nicht schnell genug weg.	Befürchten Sie, im Notfall im öffentlichen Verkehr nicht schnell genug weg zu kommen?	---
11	SA SU	Befürchtung ÖV C	Ich fürchte, ich könnte im öffentlichen Verkehr peinliches Aufsehen erregen.	Befürchten Sie, im öffentlichen Verkehr peinliches Aufsehen zu erregen?	---
12	SA	Angsterleben Agora	An Orten oder in Situationen, die ich sonst vermeide, erlebe ich intensive Angst.	Wenn Sie an Orten oder in Situationen sind, die Sie sonst meiden: Erleben Sie dann eine sehr intensive Angst?	---

13	SA	Belastung Agora	Es belastet mich, dass ich viele Situationen und Orte einfach nicht ertrage.	Belastet es Sie, dass Sie viele – oder ganz bestimmte – Situationen und Orte nicht ertragen?	---
14	SA	Einsicht übermäßige Angst	Eigentlich halte ich meine Ängste für übertrieben.	Was denken Sie selbst über Ihre Ängste: Halten Sie sie eher für angemessen oder eher für übertrieben?	---
15	DI	Einschränkung Agora	---	Was hat sich in Ihrem Leben verändert, seit Sie diese Befürchtungen haben?	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn der Patient <u>aufgrund seines Vermeidungsverhaltens</u> tatsächliche und <u>bedeutsame Einschränkungen in seiner Lebensgestaltung</u> erfährt. Bsp.: abgebrochene oder nicht begonnene Aus- bzw. Weiterbildung, Arbeitsplatzverlust, Beziehungsabbrüche, Freundschaftsverluste, etc. (Klenico)

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.11. Items zu Angststörungen: Soziale Phobie

Im Vergleich zu den Kriterien der Panikstörung fällt auf, dass bei der Sozialen Phobie keine Umschreibungen des Angstgefühls (z.B. „Unwohlsein“) benutzt werden, und zwar weder im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 274–275) noch in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 159–160). Sofern man diese Kriterienformulierungen verallgemeinern darf, vermögen die von Sozialer Phobie Betroffenen ihre Ängste und Befürchtungen demnach eher als solche wahrzunehmen und zu verstehen als Patienten mit einer Panikstörung. Bei der Ausgestaltung bzw. der Auswahl von Screening-Items achteten wir aber dennoch darauf, dass mindestens eines dabei ist, worin die Angst nicht genannt, sondern umschrieben wird. Dies war bei der Operationalisierung des Symptoms „Soziale Angst“ der Fall, nämlich mit der Formulierung „in Situationen mit anderen Menschen fühle ich mich unwohl oder gehemmt“. Gerade der Aspekt des Sich-gehemmt-fühlens erachteten wir aufgrund der komplex ablaufenden sozialen Kognitionen und der damit zusammenhängenden Selbstkontrolle als charakteristisch für das phänomenale Erleben der Betroffenen. Zwei weitere Screening-Items beziehen sich

auf die „Angst vor Scham“ („ich habe Angst, mich vor anderen peinlich zu verhalten“) und auf die „Angst vor Bloßstellung“ („ich habe Angst, vor anderen bloßgestellt zu werden“).

Die im DSM-5 und in der ICD-10 genannten Beispiele fassten wir zum Symptom „Vermeidung sozialer Situationen“ zusammen, das vier Subspezifikationen von Vermeidungsverhalten aufweist: Gespräche mit unbekannten Personen, gemeinsam mit anderen zu essen, einen Vortrag vor anderen halten zu müssen und – etwas allgemeiner – vor den Augen anderer etwas leisten zu müssen. Von den insgesamt 14 Symptomen dieses Unterbereichs ordneten wir 13 der Selbstauskunft zu und klassifizierten nur ein einziges, nämlich „Übermäßige soziale Angst (Expertenrating)“ als Diagnostiker-Symptom. Es ist als außenperspektivische Ergänzung zum Selbstauskunftssymptom „Einsicht übermäßige Angst“ zu verstehen. Die ICD-10-Kriterien fordern diese Einsicht in die Unangemessenheit der Angst von den Betroffenen selbst als zwingende Voraussetzung für die Diagnosevergabe, während das DSM-5 die Beurteilung der (objektivierenden) Perspektive des Diagnostikers überlässt. Durch die zweifache Ausführung des Symptoms konnten wir einerseits beiden Diagnosesystemen gerecht werden, andererseits fordert es den Diagnostiker zusätzlich auf, die Angemessenheit der Angst in Relation zur tatsächlichen Bedrohung auch im soziokulturellen Kontext des Betroffenen kritisch zu prüfen.

Bei einigen Symptomen mussten Formulierungen gefunden werden, um die angezielten Phänomene in einem pathologischen Bereich außerhalb des angenommenen Spektrums gesunder Varianz zu verorten. Das war beispielsweise bei der Bewertungsangst der Fall: Die Auseinandersetzung mit dem, was andere über einen selbst denken könnten, ist letztlich ein integraler Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung und spielt mitunter bei der Ausbildung moralischer Normen eine entscheidende Rolle (vgl. Bischof, 2012). Insofern ist die Befürchtung, von anderen aufgrund des eigenen Verhaltens negativ bewertet zu werden, eine wichtige und keineswegs pathologische Funktion. Im Rahmen einer sozialen Phobie rückt nun aber das Denken darüber, wie man auf andere wirkt, und was man bei ihnen für einen Eindruck hinterlässt, so stark in den Vordergrund und führt gleichzeitig zu keinem befriedigenden Ergebnis, dass soziale Interaktionen ganz allgemein zu einer immensen Belastung werden. Um diese Prioritätenverschiebung der sozialen Kognition im Übergang zu einem pathologischen Merkmal noch relativ niederschwellig abfangen zu können, formulierten wir das entsprechende Item folgendermaßen: „Es ist richtig schlimm für mich, wenn andere negativ über mich denken.“ Aus phänomenologischer Perspektive wird der erste Teil dieses Items der Erlebensweise der Betroffenen sicherlich gerechter als eine alternative Formulierung wie z.B. „ich

finde es schlimm, wenn ...“, zumal die Betroffenen die Gefahr negativer Bewertung so stark antizipieren, dass sie für sie schon fast zur Tatsache wird.

In der Tabelle 3.53 sind alle 14 Symptome des Unterbereichs Soziale Phobie aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.11).

Tabelle 3.53: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Unterbereichs „Soziale Phobie“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SC	Soziale Angst	In Situationen mit anderen Menschen fühle ich mich unwohl oder gehemmt.	Fühlen Sie sich in Situationen mit anderen Menschen unwohl oder gehemmt?	---
2	SA SC	Angst vor Scham	Ich habe Angst, mich vor anderen peinlich zu verhalten.	Haben Sie Angst, sich vor anderen peinlich zu verhalten?	---
3	SA SC	Angst vor Bloßstellung	Ich habe Angst, vor anderen bloßgestellt zu werden.	Haben Sie Angst, vor anderen bloßgestellt zu werden?	---
4	SA SU	Vermeidung sozialer Situationen A	Wenn es geht, vermeide ich Gespräche mit Leuten, die ich nicht kenne.	Versuchen Sie, Gespräche mit Leuten, die Sie noch nicht gut kennen, zu vermeiden?	---
4	SA SU	Vermeidung sozialer Situationen B	Ich vermeide es, mit anderen zu essen (z.B. in Kantinen, Restaurants).	Vermeiden Sie es, mit anderen gemeinsam zu essen (z.B. in Kantinen, Restaurants)?	---
4	SA SU	Vermeidung sozialer Situationen C	Einen Vortrag halten zu müssen, wäre für mich eine schwere Belastung.	Wäre es für Sie eine schwere Belastung, einen Vortrag oder eine Rede vor anderen halten zu müssen?	---
4	SA SU	Vermeidung sozialer Situationen D	Wenn es geht, vermeide ich es, vor den Augen anderer etwas leisten zu müssen.	Achten Sie darauf, dass Sie vor anderen möglichst keine Leistung erbringen müssen (z.B. frei zu reden, einen Witz erzählen)?	---

5	SA	Bewertungsangst	Es ist richtig schlimm für mich, wenn andere negativ über mich denken.	Ist es für Sie richtig schlimm, wenn andere negativ über Sie denken?	---
6	SA	Aufmerksamkeits-aversion	Ich achte sehr darauf, dass andere nicht auf mich aufmerksam werden.	Achten Sie sehr darauf, dass andere nicht auf Sie aufmerksam werden?	---
7	SA	Angst vor Demütigung	Ich habe Angst, vor anderen gedemütigt zu werden.	Haben Sie Angst, vor anderen gedemütigt zu werden?	---
8	SA	Angst zu beschämen	Ich habe Angst, andere Personen durch mein Verhalten zu beschämen.	Haben Sie Angst, andere Personen durch Ihr Verhalten zu beschämen?	---
9	SA	Angst zu erröten	Ich habe Angst, vor anderen zu erröten.	Haben Sie Angst, vor anderen zu erröten?	---
10	SA	Vomitionsangst	Ich habe Angst, mich vor anderen plötzlich übergeben zu müssen.	Haben Sie Angst, sich vor anderen plötzlich übergeben zu müssen?	---
11	SA	Miktions-/Defäkationsangst	Ich habe Angst, mir vor anderen plötzlich in die Hose zu machen.	Haben Sie Angst, sich vor anderen plötzlich in die Hose zu machen?	---
12	SA	Belastung soziale Phobie	Es belastet mich, dass ich vor anderen Menschen unsicher werde.	Belastet es Sie, dass Sie vor anderen Menschen unsicher werden?	---
13	SA	Einsicht übermäßige Angst	Ich halte meine Angst in sozialen Situationen eigentlich für übertrieben.	Was denken Sie selbst über Ihre Ängste: Halten Sie sie eher für angemessen oder eher für übertrieben?	---
14	DI	Übermäßige soziale Angst (Expertenrating)	---	Was sind Ihre größten Befürchtungen, wenn Sie mit anderen Menschen zu tun haben?	Übermäßige soziale Angst bedeutet, dass die Furcht <u>über das Ausmaß des tatsächlichen Risikos</u> einer negativen Bewertung (oder einer Konsequenz davon) hinausgeht. Zur Beurteilung sollte der <u>soziokulturelle Kontext</u> der betroffenen Person berücksichtigt werden. (DSM-5; 2015, S. 276)

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.12. Items zu Angststörungen: Spezifische Phobien

Wie im Unterkapitel zur Extraktion von Symptomen bereits dargelegt (vgl. 3.2.4.12) war es unser Ziel, den Unterbereich der Spezifischen Phobien besonders effizient zu gestalten, d.h. dem Patienten wie auch dem Diagnostiker dafür möglichst wenig Bearbeitungszeit abzuverlangen. Deshalb reduzierten wir die in den diagnostischen Kriterien enthaltenen Aspekte auf gerade mal drei Symptome. Der Objektangst und der Situationsangst ordneten wir vier bzw. neun konkrete phobische Stimuli als Subspezifikationen zu, die im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 272–274) und in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 160–161) weitgehend deckungsgleich als häufige Beispiele aufgeführt sind. Um auch diejenigen Fälle abfangen zu können, bei denen sich die Phobie auf andere als die aufgeführten Stimuli bezieht, waren zwei zusätzliche Restkategorien nötig. Diesen beiden Restkategorien bezeichneten wir auf der Subspezifikationsebene gleich wie die übergeordneten Symptome („Objektangst“ bzw. „Situationsangst“) und wiesen ihnen die beiden Screening-Items für den Unterbereich zu, nämlich „es gibt bestimmte Dinge, bei denen gerate ich in panische Angst“ und „es gibt bestimmte Situationen, da kriege ich panische Angst“. Mit dem Ausdruck „panische Angst“ zielten wir dabei auf ein markantes Angsterleben ab, das sich deutlich von alltäglichen Befürchtungen oder erschreckenden Erlebnissen abhebt, aber trotzdem nicht mit dem klinischen Fachausdruck der Panikattacke gleichzusetzen ist. Die Bezeichnungen „bestimmte Dinge“ und „bestimmte Situationen“ erlauben indes auf phänomenologischer Ebene eine gewisse Abgrenzung zu den doch etwas allgemeineren Situationen, wie sie in den drei vorangegangenen Unterbereichen (Panikstörung, Agoraphobie und Soziale Phobie) im Vordergrund standen.

Für den Fall, dass ein Patient eines der Screening-Items zwar anwählt, dann aber keine der vorgegebenen Subspezifikationen, gaben wir dem Diagnostiker für die Interview-Situation ein alternatives Frage-Item vor, nämlich: „Sie haben angegeben, dass bestimmte Objekte [bzw. Situationen] bei Ihnen panische Angst auslösen. Worum geht es dabei?“ Anhand dieser Fragestellung soll der Diagnostiker erstens überhaupt zur weiteren Exploration des phobischen Stimulus animiert und zweitens auch dazu angehalten werden, das Symptom wieder abzuwählen (bzw. zu „überstimmen“, vgl. 2.2.2.1), wenn die Angstthematik eher in Verbindung mit einer Panikstörung, einer Sozialen Phobie oder einer Agoraphobie steht. Schließlich erläuterten wir im zugehörigen Definitions-Item einerseits die Funktion der Sammelkategorie und formulierten knappe, am DSM-5 orientierte Kriterien für die Symptome Objektangst und Situationsangst.

In der Tabelle 3.54 sind die drei Symptome des Unterbereichs Spezifische Phobien aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.12).

Tabelle 3.54: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Unterbereichs „Spezifische Phobien“.

#	Symp- tom- Art	Symptombezeich- nung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SC SU	Objektangst: Ob- jektangst	Es gibt bestimmte Dinge, bei denen ge- rate ich in panische Angst.	ENTWEDER: Gibt es bestimmte Dinge, bei denen Sie in panische Angst geraten? ODER: Sie haben an- gegeben, dass be- stimmte Objekte bei Ihnen panische Angst auslösen. Worum geht es dabei?	Erläuterung: Wenn der Patient keiner der hier auf- geführten Phobietypen zu- gestimmt hat, wird nur „Objektangst“ angezeigt und als Sammelkategorie verwendet. Folgende Bedingungen müssen für das Symptom in jedem Fall erfüllt sein: Die Phobie ... – ... muss isoliert sein (hat nur einen bestimmten Aus- löser), – ... muss bei jeder Kon- frontation starke Angst auslösen, – ... betrifft nicht den sozi- alen Aspekt einer Situa- tion, – ... betrifft nicht Aspekte der Agoraphobie. (Klenico; DSM-5)
1	SA SU	Objektangst: Vö- gel	Vor Vögeln habe ich panische Angst.	Haben Sie panische Angst vor Vögeln?	---
1	SA SU	Objektangst: Spin- nen / Insekten	Vor Spinnen oder In- sekten habe ich pani- sche Angst.	Haben Sie panische Angst vor Spinnen o- der Insekten?	---
1	SA SU	Objektangst: Sprit- zen	Vor Hunden habe ich panische Angst.	Haben Sie panische Angst vor Hunden?	---
1	SA SU	Objektangst: Sprit- zen	Beim Anblick von Spritzen kriege ich panische Angst.	Kriegen Sie beim An- blick von Spritzen pa- nische Angst?	---
2	SA SC SU	Situationsangst: Situationsangst	Es gibt bestimmte Si- tuationen, da kriege ich panische Angst.	ENTWEDER: Gibt es bestimmte Situatio- nen, in denen Sie pa- nische Angst kriegen	Erläuterung: Wenn der Patient keiner der hier auf- geführten Phobietypen zu-

				(außer soziale Situationen)? ODER: Sie haben angegeben, dass bestimmte Situationen bei Ihnen panische Angst auslösen. Worum geht es dabei?	gestimmt hat, wird nur „Situationsangst“ angezeigt und als Sammelkategorie verwendet. Folgende Bedingungen müssen für das Symptom in jedem Fall erfüllt sein: Die Phobie ... – ... muss isoliert sein (nur ein bestimmter Auslöser), – ... muss bei jeder Konfrontation starke Angst auslösen, – ... betrifft nicht den sozialen Aspekt einer Situation, – ... betrifft nicht Aspekte der Agoraphobie. (Klenico; DSM-5)
2	SA SU	Situationsangst: Höhen	In großen Höhen kriege ich panische Angst.	Kriegen Sie in großen Höhen panische Angst?	---
2	SA SU	Situationsangst: Flüge	Im Flugzeug kriege ich panische Angst.	Kriegen Sie im Flugzeug panische Angst?	---
2	SA SU	Situationsangst: kleine geschlossene Räume	In engen Räumen kriege ich panische Angst.	Kriegen Sie in engen Räumen panische Angst?	---
2	SA SU	Situationsangst: Injektionen	Bei Injektionen kriege ich panische Angst.	Geraten Sie bei Injektionen (eine Spritze setzen) in panische Angst?	---
2	SA SU	Situationsangst: Blut / Verletzungen	Bei Blut oder Verletzungen kriege ich panische Angst.	Geraten Sie beim Anblick von Blut oder Verletzungen in panische Angst?	---
2	SA SU	Situationsangst: Zahnarztbesuche	Beim Zahnarzt kriege ich panische Angst.	Geraten Sie beim Zahnarzt in panische Angst?	---
2	SA SU	Situationsangst: Krankenhausbesuche	In Krankenhäusern kriege ich panische Angst.	Kriegen Sie panische Angst, wenn Sie ins Krankenhaus müssen?	---
2	SA SU	Situationsangst: Sturm / Gewitter	Bei Donner, Gewittern oder Sturm kriege ich panische Angst.	Geraten Sie bei Donner, Gewitter oder Sturm in panische Angst?	---
2	SA SU	Situationsangst: Wasser	Im oder auf dem Wasser kriege ich panische Angst.	Geraten Sie im oder auf dem Wasser in panische Angst?	---

3	SA	Einsicht Phobie	Eigentlich halte ich meine Ängste für übertrieben.	Was denken Sie selbst über Ihre Ängste: Halten Sie sie eher für angemessen oder eher für übertrieben?	---
---	----	-----------------	--	---	-----

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.13. Items zu Angststörungen: Generalisierte Angststörung

Die Kernsymptomatik der Generalisierten Angststörung wird im DSM-5 als „übermäßige Angst und Sorge (furchtsame Erwartung)“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 301) umschrieben, in der ICD-10 dagegen als „Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 165). Diese begrifflichen Vermengungen diskutierten wir auch mit Prof. Bandelow, den wir als Experten ausführlich zu den verschiedenen Formen der Angststörungen befragten. Seiner Auffassung nach ist Angst als Schutzmaßnahme des Körpers bei der unmittelbaren Konfrontation mit einer Bedrohung zu verstehen, wobei der Körper in Sekundenbruchteilen auf eine Flucht- oder Kampfreaktion vorbereitet wird. Sorgen beziehen sich demgegenüber auf vorgestellte Bedrohungen, können den Körper aber gleichwohl in einen Angstzustand versetzen, d.h. dieselben Symptome hervorrufen wie unmittelbare Gefahren (Bandelow, persönliche Kommunikation, 12. Oktober 2016). Im evolutionsbiologisch fundierten Modell von Norbert Bischof (2009) sind Sorgen demnach als sekundärzeitliche Bedrohungslagen zu verstehen, d.h. eine in der Fantasie errichtete Konstellation aus wahrscheinlichen Gefahren und eigener Betroffenheit, die im Zusammenspiel mit der primärzeitlichen Bedürfnislage („im Hier und Jetzt“) eine hohe Priorisierung bekommt und sich entsprechend in der aktuellen körperlichen Konstitution niederschlägt. Diese Auffassung deckt sich wiederum mit Prof. Bandelows Bemerkung, dass Tiere eigentlich nicht über die kognitive Ausstattung verfügen, um sich Sorgen zu machen (Bandelow, persönliche Kommunikation, 12. Oktober 2016). Dies wiederum steht im Einklang mit der im DSM-5 zu findenden Umschreibung von Sorgen als „furchtsame Erwartung“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 301). Auf Symptomebene legt die ICD-10 neben den allgemeinen Angstsymptomen, wie sie auch im Rahmen der Panikstörung, Agoraphobie und Sozialen Phobie auftreten, einen zweiten Schwerpunkt auf „Symptome der Anspannung“, die demnach mit den bei Sorgen stattfindende Antizipation von Bedrohungen assoziiert sind.

Vor diesem konzeptionellen Hintergrund entschieden wir, die Operationalisierung der bei der Generalisierten Angststörung im Zentrum stehenden Symptomatik auf den Begriff „Sorgen“ abzustützen. Auch wenn in der Umgangssprache keine klare Abgrenzung zwischen den Begriffen Angst und Sorgen besteht, so beziehen sich Sorgen hier ziemlich eindeutig auf potenzielle, nicht jedoch auf unmittelbare Gefahren oder Bedrohungen. Mit der Item-Formulierung „viele Dinge bereiten mir bedrückende Sorgen“ ließen wir im Sinne des DSM-5 offen, worum es sich dabei konkret handelt. Die Kombination der Ausdrücke „viele Dinge“ und „bedrückende Sorgen“ nutzten wir, um die Aussage semantisch von einer gewissen Allgemeingültigkeit hin zu einem pathologischen Ausnahmezustand zu verschieben, so dass sie uns als erstes Screening-Item angemessen erschien. Das zweite Screening-Item beinhaltet den im DSM-5 erwähnten „Kontrollverlust“ in Bezug auf die bestehenden Sorgen. Dieses Phänomen interpretierten wir im Rahmen von Bischofs (2009) Modell so, dass die Priorisierung der antizipierten Bedrohungslagen im Coping-Apparat dauerhaft so hoch ausfällt, dass sie nicht mehr mit innerpsychischen Coping-Strategien (z.B. Verdrängung) relativiert werden können. Deshalb formulierten wir das entsprechende Item als „ich kann meine Sorgen nicht mehr beiseiteschieben, obwohl ich es versuche“. Schließlich konzipierten wir ein einziges Diagnostiker-Symptom, nämlich „Übermäßige Sorgen“, um diejenigen Fälle abzufangen, bei denen die Sorgen nicht nur aufgrund einer pathologisch erhöhten Ängstlichkeit, sondern aufgrund besonders widriger, realer Lebensumstände entstanden sind und daher als angemessen zu bezeichnen sind. Dieses Symptom verlangt vom Diagnostiker demnach, die vom Patienten geäußerten Sorgen mit dessen realen Lebensumständen abzugleichen und ggf. eine Übermäßigkeit festzustellen. Die restlichen Items beziehen sich auf mehrheitlich klar umrissene Symptome und sind im Rahmen der Selbstauskunft gut zu erfassen.

In der Tabelle 3.55 sind alle 14 Symptome des Unterbereichs Generalisierte Angststörung aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.13).

Tabelle 3.55: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Unterbereichs „Generalisierte Angststörung“.

#	Symp- tom- Art	Symptombezeich- nung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
---	----------------------	-------------------------	----------------------	------------	--

1	SA SC	Generalisierte Sorgen	Viele Dinge bereiten mir bedrückende Sorgen.	Machen Sie sich große Sorgen um verschiedene Dinge aus Ihrem Alltag (z.B. Finanzen, Sicherheit, Gesundheit)?	---
2	SA SC	Kontrollverlust Sorgen	Ich kann meine Sorgen nicht mehr beiseiteschieben, obwohl ich es versuche.	Können Sie Ihre Sorgen auch dann nicht beiseiteschieben, wenn Sie es versuchen, oder wenn es nötig wäre (z.B. beim Arbeiten)?	---
3	SA	Muskelverspannungen	Ich habe Muskelverspannungen.	Haben Sie Muskelverspannungen?	---
4	SA	Unfähigkeit zu Entspannen	Ich kann nicht mehr entspannen.	Können Sie sich nicht mehr entspannen?	---
5	SA	Innere Unruhe	Ich bin innerlich unruhig.	Sind Sie innerlich unruhig?	---
6	SA	Gefühl von Aufgedreht sein	Ich fühle mich aufgedreht.	Fühlen Sie sich aufgedreht?	---
7	SA	Nervosität	Ich bin nervös.	Sind Sie dauernd nervös?	---
8	SA	Innere Anspannung	Ich fühle mich innerlich angespannt.	Fühlen Sie sich innerlich angespannt?	---
9	SA	Erhöhte Schreckreaktion	Kleine, harmlose Überraschungen erschrecken mich übermäßig stark.	Ist es so, dass kleine, harmlose Überraschungen Sie übermäßig erschrecken?	---
10	SA	Reizbarkeit	Ich bin leicht reizbar.	Würden Sie sagen, dass Sie leicht reizbar sind?	---
11	SA	Ermüdbarkeit	Es ist alles anstrengend für mich.	Haben Sie das Gefühl, alles sei anstrengend für Sie?	---
12	SA	Schlafstörungen	Mein Schlaf ist nicht erholsam.	Ist Ihr Schlaf erholsam?	---
13	SA	Leeregefühl im Kopf	Vor lauter Sorgen habe ich das Gefühl, mein Kopf sei leer.	Haben Sie vor lauter Sorgen ein Leeregefühl im Kopf?	---

14	DI	Übermäßige Sorgen	---	Was sind derzeit Ihre größten Sorgen?	Sorgen sind als übermäßig zu bezeichnen, wenn ihre <u>Intensität</u> , <u>Dauer</u> oder <u>Häufigkeit</u> im Vergleich zur (vernünftigerweise anzunehmenden) Wahrscheinlichkeit oder Auswirkung des gefürchteten Ereignisses deutlich übertrieben sind. (Klenico; vgl. DSM-5, 2015, S. 302)
----	----	-------------------	-----	---------------------------------------	---

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.14. Items zu Abhängigkeiten: Alkohol

Wie im Kapitel zur Extraktion von Symptomen bereits ausführlich erörtert (vgl. 3.2.4.14), sind die diagnostischen Kriterien des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 661–810) und der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 61–89) teilweise sehr vage formuliert, wo man mitunter konkrete und quantitative Angaben erwarten würde. Das gilt in erster Linie für die Konsummenge und die Konsumfrequenz. Wie schon bei der Symptom-Extraktion orientierten wir uns daher auch bei der Item-Formulierung zusätzlich an den AWMF-S3-Leitlinien zu alkoholbezogenen Störungen (AWMF, 2016) und dem darin empfohlenen Screening-Instrument AUDIT (Babor et al., 2001). Durch das spezifische Item-Format, welches aufgrund der Implementierung in die Klenico-Software vorgegeben ist (vgl. 2.2.2.2), konnten wir die Items des AUDIT allerdings nicht eins zu eins zu übernehmen, sondern mussten sie inhaltlich anpassen: Für die zehn Fragen des AUDIT werden jeweils drei- oder fünfstufige Antwortraster vorgegeben, anhand derer entweder die Konsummenge oder Häufigkeiten in verschiedenen Zeitfenstern anzugeben sind. Zudem ist auf dem Fragebogen das sogenannte Standardglas definiert, beispielsweise als 0,33 l Bier oder 0,25 l Wein oder 0,02 Liter Spirituosen. Demgegenüber war es bei der Operationalisierung der Selbstauskunft-Items für die Klenico-Software erforderlich, dass die Fragen zunächst dichotom beantwortet werden können. Beim Item zur Konsummenge orientierten wir uns dabei an den Schwellenwerten des sogenannten riskanten Alkoholkonsums gemäß S3-Leitlinien, die mit 24 g reinem Alkohol bei Männern und 12 g reinem Alkohol bei Frauen angegeben werden, was wiederum zwei bzw. einem Glas Bier (0,3 l) entspricht (AWMF, 2016, S. 4–5). Da die Software bislang keine Differenzierung der Item-Vorgaben nach Geschlecht ermöglicht, mussten wir uns für einen dieser beiden

Schwellenwerte entscheiden, wobei der niedrigere Wert unserer Einschätzung nach bei diesem Screening-Item zu einer zu hohen Falsch-positiv-Rate geführt hätte. So resultierte schließlich die Formulierung: „pro Tag, an dem ich Alkohol trinke, sind es meistens mehr als zwei alkoholische Getränke“. Zumindest in der Selbstauskunft mussten wir es aufgrund der geforderten Kürze der Items dem Alltagsverständnis der Patienten überlassen, was unter einem alkoholischen Getränk genau zu verstehen ist. Beim entsprechenden Frage-Item für das diagnostische Interview explizierten wir dagegen die Mengenangaben, wobei wir die Menge von 0,3 l Bier mit 0,1 dl Wein gleichsetzten und nicht, wie im AUDIT zu lesen ist, mit 0,25 l Wein.

Das zweite Screening-Item betraf die Konsumfrequenz. Auch hier musste ein geeigneter Schwellenwert gefunden werden, den wir – mangels entsprechender Angaben in den S3-Leitlinien – gemäß unserem eigenen Ermessen auf fünf Tage pro Woche festlegten. Prof. Karl Mann, dem wir im Rahmen des Review-Prozesses sämtliche Items zu Abhängigkeitsstörungen vorlegten, befand die entsprechende Formulierung für gut (Mann, persönliche Kommunikation, Mai 2017). Als zu niedrig erachtete er dagegen den ersten Item-Vorschlag zum Binge-Drinking, dem dritten Screening-Item des Unterbereichs Alkoholabhängigkeit. Wir hatten uns dabei an der dritten Frage des AUDIT orientiert und als Schwellenwert die mittlere von fünf Antwortvorlagen gewählt, die bei sechs alkoholischen Getränken an einem Tag, einmal pro Monat liegt. Im Sinne eines Kompromisses wählten wir dafür schließlich die Formulierung „öfter als einmal pro Monat trinke ich mehr als 6 alkoholische Getränke an einem Tag“. Auf der Basis der drei Screening-Items lassen sich nun verschiedene Modelle berechnen, u.a. nach den Ansätzen „drinks-per-day“ und „drinks-per-drinking-day“. In der Fachwelt sei es bislang umstritten, welches das aussagekräftigere Modell in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen sei, wie uns Prof. Karl Mann (persönliche Kommunikation, 8. November 2016) erklärte. Außerdem bringt die Aufteilung in die drei genannten Symptome den Vorteil, dass Betroffene in der Selbstauskunft nicht angehalten werden, eine realistische Einschätzung ihres tatsächlichen Konsums (z.B. im Verlauf einer typischen Woche) anzugeben, was wiederum einer Bagatellisierung des Konsums Vorschub leisten würde.

Von den insgesamt 17 Symptomen dieses Unterbereichs ordneten wir elf der Selbstauskunft zu, wobei wir ein Symptom („Konsumfortsetzung Alkohol“) in vier Subspezifikationen unterteilten und ein Item („Entzugssyndrom Alkohol“) als Indikator-Item konzipierten. Die restlichen sechs Symptome klassifizierten wir als Diagnostiker-Symptome. Neben den „Bio-

marker“-Symptomen (vgl. 3.2.4.14) wie „Lebererkrankung Alkohol“ und „Nachweis chronischer Alkoholkonsum“ gehörten das „Entzugssyndrom Alkohol“ und die „Akute Alkoholintoxikation“ dazu, die ebenso aus einer fachlichen Außenperspektive eingeschätzt werden müssen wie die „Schädigung durch Alkohol“ und die „Einengung auf Alkoholkonsum“. Um den Diagnostiker dabei möglichst zielgerichtet anzuleiten, formulierten wir zu diesen Symptomen jeweils ausführliche Erläuterungen oder Definitionen mit einschlägigen Beispielen und zitierten wo nötig die einschlägigen Referenzwerte, die wir im Wesentlichen der S3-Leitlinie (AWMF, 2016) entnahmen.

Das Symptom „Konsumfortsetzung Alkohol“ umfasst insgesamt drei DSM-5-Kriterien der Alkoholkonsumstörung, die in der ICD-10 zwar eine inhaltliche Übereinstimmung finden, dort aber deutlich knapper ausformuliert sind. Dabei geht es um Probleme, Gefährdungen oder Schädigungen, deren Ursachen dem Alkohol zugeschrieben werden können, die für den Betroffenen aber nicht Grund genug sind, um den Alkoholkonsum zu reduzieren oder zu sistieren. Worin diese Schwierigkeiten konkret bestehen können, wird in den diagnostischen Kriterien nicht ausgeführt, sondern lediglich mit vagen Formulierungen wie „soziale oder zwischenmenschliche Probleme“, „körperliche Gefährdung“ oder „körperliches oder psychisches Problem“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 675) umschrieben. Da eine Operationalisierung auf diesem Abstraktionsgrad aber gerade bei Problemen, die von den Betroffenen offensichtlich verdrängt werden, wenig zielführend sein dürfte, suchten wir nach konkreteren Anhaltspunkten. Auch hierbei erwies sich der AUDIT als hilfreich, da er mit Selbst- oder Fremdverletzungen, die sich im Zusammenhang mit Alkoholkonsum ereigneten sowie der von Angehörigen, Freunden oder Ärzten geäußerten Sorgen zwei wertvolle Hinweise lieferte. Wir ergänzten diese beiden Aspekte um zwei weitere, nämlich Streitigkeiten wegen des Alkoholkonsums und Gesundheitsprobleme aufgrund des Alkoholkonsums.

In der Tabelle 3.56 sind alle 17 Symptome des Unterbereichs Alkoholabhängigkeit aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.14).

Tabelle 3.56: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Unterbereichs „Alkoholabhängigkeit“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SC	Konsumfrequenz Alkohol	Normalerweise trinke ich an 5 oder mehr Tagen pro Woche Alkohol.	Trinken Sie Alkohol? Trinken Sie typischerweise an 5 oder mehr Tagen pro Woche?	---
2	SA SC	Konsummenge Alkohol	Pro Tag, an dem ich Alkohol trinke, sind es meistens mehr als 2 alkoholische Getränke.	Trinken Sie typischerweise mehr als 2 Standard-Getränke (3dl Bier, 1dl Wein, 2cl Schnaps) pro Tag, an dem Sie trinken?	---
3	SA SC	Binge-Drinking	Öfter als einmal pro Monat trinke ich mehr als 6 alkoholische Getränke an einem Tag.	Kommt es vor, dass Sie an einem Tag mehr als 6 Standard-Getränke (3dl Bier, 1dl Wein, 2cl Schnaps) trinken? Geschieht das öfter als 1 Mal pro Monat? Seit wann?	---
4	SA	Unkontrollierbarer Alkoholkonsum	Wenn ich mit dem Trinken anfangen, kann ich oft nicht mehr aufhören.	Ist es so, dass Sie oft nicht mehr aufhören können zu trinken, wenn Sie einmal angefangen haben?	---
5	SA	Reduktionswunsch Alkohol	Eigentlich möchte ich weniger trinken.	Haben Sie den Wunsch, weniger zu trinken?	---
6	SA	Misserfolg Reduktion Alkohol	Wenn ich versuche, weniger zu trinken, klappt das nur für gewisse Zeit.	Wenn Sie versuchen weniger zu trinken: Wie lange klappt das?	---
7	SA	Craving Alkohol	Wenn ich nicht trinke, habe ich oft ein starkes Verlangen nach Alkohol.	Haben Sie oft ein starkes Verlangen nach Alkohol, wenn Sie z.B. einen Tag lang nichts trinken?	---
8	SA	Pflichtverletzung Alkohol	Manchmal kann ich Verpflichtungen nicht erfüllen, weil ich getrunken habe.	Können Sie manchmal gewisse Verpflichtungen nicht mehr einhalten, weil Sie getrunken haben?	---
9	SA SU	Konsumfortsetzung Alkohol A	Mein Alkoholkonsum führte schon öfter zu Streit.	Gab es schon öfter Streit wegen Ihres Alkoholkonsums?	---

9	SA SU	Konsumfortsetzung Alkohol B	Personen, die mir nahestehen, sind wegen meines Trinkverhaltens besorgt.	Sind Personen, die Ihnen nahestehen, besorgt wegen Ihres Trinkverhaltens?	---
9	SA SU	Konsumfortsetzung Alkohol C	Unter Alkoholeinfluss habe ich schon mich selbst oder andere verletzt.	Haben Sie unter Alkoholeinfluss schon mal sich selbst oder andere Personen verletzt – vielleicht auch unabsichtlich?	---
9	SA SU	Konsumfortsetzung Alkohol D	Ich weiß, dass ich Gesundheitsprobleme wegen des Trinkens habe.	Haben Sie Gesundheitsprobleme? Hat das Ihrer Meinung nach mit dem Trinken zu tun?	---
10	SA	Freizeitanteil mit Alkohol	Alkohol gehört bei meiner Freizeit meistens mit dazu.	Verbringen Sie Ihre Freizeit eher nüchtern oder gehört Alkohol meistens mit dazu?	---
11	SA	Toleranzentwicklung Alkohol	Ich trinke heute mehr Alkohol, um die gleiche Wirkung zu haben wie früher.	Trinken Sie heute mehr Alkohol als früher, um die gleiche Wirkung wie damals zu haben?	---
12	DI	Akute Alkoholin- toxikation	---	Haben Sie in den letzten paar Stunden Alkohol getrunken? Können Sie mir sagen, wie viel etwa?	Erläuterung: Hier ist zu vermerken, wenn der Patient während des Diagnosegesprächs deutliche <u>Anzeichen eines kürzlich erfolgten hohen Alkoholkonsums</u> aufweist. Dazu gehören z.B. der typische Atemgeruch (Foetor Alcoholicus), Gang- und Standunsicherheit, verwachsene Sprache, Bewusstseins- oder Aufmerksamkeitsminderungen sowie Enthemmung. (Klenico, ICD-10)
13	DI	Schädigung durch Alkohol	---	Gibt es Probleme oder Einschränkungen in Ihrem Leben, die mit dem Alkohol zu tun haben könnten?	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn <u>körperliche oder psychische Schäden</u> (Gesundheitsschäden) vorliegen, die <u>eindeutig benannt</u> werden können und deren Ursache (oder Teilursache) mit hoher Wahrscheinlichkeit dem Alkoholkonsum zuzuschreiben ist.

					Beispiele dafür sind Hepatitis, chronische Pankreatitis, Arbeitsplatzverlust, Beziehungsabbrüche, etc. (Klenico; ICD-10)
14	DI	Einengung auf Alkoholkonsum	---	Hatten Sie früher mehr Hobbies oder pflegten Sie ihre Freundschaften mehr? Hat sich das verloren, seit Sie mehr trinken?	Eine Einengung auf den Alkoholkonsum liegt vor, wenn im zeitlichen Verlauf nach und nach Aktivitäten <u>anderer Interessensbereiche</u> (Hobbies, Pflege von sozialen Kontakten, etc.) aufgegeben oder deutlich vernachlässigt und gleichzeitig der Alkoholkonsum intensiviert wurden. Idealerweise kann dieser Prozess durch eine Außenanamnese verifiziert werden. (Klenico; ICD-10)
15	DI IND	Entzugssyndrom Alkohol	Wenn ich keinen Alkohol trinke, geht es mir körperlich schlecht.	Wenn Sie z.B. einen Tag lang nichts trinken, kriegen Sie dann zitterige Hände, Schwitzen, Kopfschmerzen, Schlafprobleme, usw.?	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn der Patient nach Absetzen des Alkohols jeweils die typischen Entzugssymptome aufweist (nicht nur aktuell, sondern bei jedem längerem Aussetzen des Konsums). Dazu gehören: Tremor, Schwitzen, Übelkeit, Tachykardie oder Hypertonie, Unruhe, Kopfschmerzen, Insomnie, Krankheitsgefühl oder Schwäche, vorübergehende Halluzinationen oder Illusionen, selten sogar Krampfanfälle. (Klenico; ICD-10)
16	DI	Lebererkrankung Alkohol	---	(aus somatischem Befund zu erschließen)	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn eindeutige Nachweise über eine Erkrankung der Leber vorliegen. Beispiele dafür sind Steatosis hepatis (Fettleber), Hepatitis oder Zirrhose mit einem hepatozellulären Carcinom. (Klenico; S3-Leitlinie AWMF)
17	DI	Nachweis chronischer Alkoholkonsum	---	(aus Laboranalysen zu erschließen)	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn eine <u>Blut- oder Haaranalyse</u> den starken Hinweis

auf chronischen Alkoholkonsum ergibt.
 Blutanalyse:
 – Phosphatidylethanol (PEth) in Vollblut
 – γ -Glutamyltransferase (γ -GT)
 Haaranalyse: Ethylglukuronid (EtG)
 – EtG-Konzentration > 30 pg/mg Haare: eindeutiger Beweis für exzessiven und regelmäßigen Alkoholkonsum (> 60 g Alkohol pro Tag)
 – EtG-Konzentration > 7 pg/mg Haare: starker Hinweis auf regelmäßigen Alkoholkonsum
 Nicht einzutragen sind dagegen Laborwerte, die lediglich auf einen kürzlich zurückliegenden Alkoholkonsum schließen lassen.
 (Klenico; S3-Leitlinie AWMF)

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, IND = Indikator-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.15. Items zu Abhängigkeiten: Drogen

Im vorangegangenen Kapitel wurde die Operationalisierung der Alkoholabhängigkeitssymptome in einzelne Items ausführlich erläutert (vgl. 3.2.5.14). Die resultierenden Ich-Aussagen, diagnostischen Fragen und Definitionen wurden für den Unterbereich der Drogenabhängigkeit mit minimalen textlichen Anpassungen übernommen. Das entspricht letztlich den Vorgaben des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 661–810) und der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 61–89), wo die diagnostischen Kriterien zu den Abhängigkeitsstörungen ebenfalls einen fast identischen Wortlaut aufweisen. Anlass für textliche Anpassungen war in den meisten Fällen die Referenz auf bestimmte Substanzen. So lautete etwa die Ich-Aussage zum Unkontrollierbaren Alkoholkonsum: „wenn ich mit dem Trinken anfangen, kann ich oft nicht mehr aufhören“. Dass der Fachausdruck des Alkoholkonsums dabei mit „dem Trinken“ gleichgesetzt wurde, rührt von einer generellen Orientierung an der Umgangssprache her (vgl. 2.2.4.5). Die damit verbundene semantische Unschärfe (es könnte sich schließlich auch um Wassertrinken handeln) nahmen wir allerdings nur bei Symptomen der erweiterten Explora-

tion, nicht bei Screening-Items in Kauf (vgl. 2.2.4.7). Diese Item-Formulierung wurde im Unterbereich der Drogenabhängigkeit nun angepasst in: „wenn ich anfangs, bestimmte Drogen zu konsumieren, kann ich oft nicht mehr aufhören“. Um die Bezugsreferenz semantisch hinreichend unspezifisch zu belassen, verzichteten wir hier also auf Ausdrücke aus der Umgangssprache oder gar aus dem Drogenjargon und verwendeten stattdessen den Ausdruck „Drogen konsumieren“. Der zusätzliche Einschub des Adjektivs „bestimmte“ soll den Patienten dazu animieren, seinen möglicherweise multiplen Substanzmissbrauch in Gedanken dahingehend zu prüfen, ob die im restlichen Item operationalisierte Kontrollminderung auf die eine oder andere Substanz zutrifft. Beispielsweise könnte es sein, dass er eine vorliegende Kontrollminderung beim Cannabiskonsum gar nicht registriert, weil sie ihn nicht stört, während er eine ebenfalls vorliegende Kontrollminderung beim Kokainkonsum bemerkt, weil sie ihn beunruhigt oder ihm übermäßige Kosten verursacht.

Für den gesamten Unterbereich des Drogenkonsums wurde ein einziges Screening-Item festgelegt, nämlich dasjenige zum Symptom „Drogenkonsum“. Wie bei den Ausführungen zur Symptom-Extraktion bereits erläutert, waren weder in den diagnostischen Kriterien von DSM-5 und ICD-10 noch in den Leitlinien der AWMF Angaben zu finden, ab welcher Menge und Frequenz der Konsum einer bestimmten Substanz (außer Alkohol) als risikoreich gilt (vgl. 3.2.4.14). Die Kombination dieser zwei Aspekte – die Beschränkung auf ein einzelnes Screening-Item und der Mangel an Referenzwerten – veranlasste uns, die Sensitivität möglichst tief anzusetzen. In der entsprechenden Item-Formulierung ließen wir daher die Menge gänzlich offen und setzten die Frequenz auf mehr als einmal pro Monat an. Prof. Karl Mann, dem wir sämtliche Items der Abhängigkeitsstörungen zum Review vorlegten (vgl. 2.2.3), hieß diese Entscheidungen gut (Mann, persönliche Kommunikation, Mai 2017).

Von den insgesamt 15 Symptomen dieses Unterbereichs ordneten wir zehn der Selbstauskunft zu, die restlichen fünf Symptome klassifizierten wir als Diagnostiker-Symptome. Zu letzteren gehörte auch das „Biomarker“-Symptom „Nachweis Drogenkonsum“, unter welchem entsprechende Ergebnisse aus Laboruntersuchungen des Bluts oder des Urins vermerkt werden können. Es weist fünf Subspezifikationen auf, nämlich Opiate, Cannabis, Kokain, Amphetamine und Halluzinogene. Diese Subspezifikationen korrespondieren mit denjenigen des Selbstauskunftssymptoms „Substanzklasse Selbstauskunft“, allerdings gibt es hier die Möglichkeit, zwischen Opiaten und Opiat-Substituten zu unterscheiden. Die entsprechenden Ich-Aussagen lauten: „ich konsumiere Heroin (oder Opium)“ bzw. „ich konsumiere Metha-

don, Buprenorphin oder andere Substitute“. Als drittes und letztes Symptom weist auch „Konsumfortsetzung Drogen“ vier Subspezifikationen auf, die inhaltlich analog zu denjenigen aus dem Unterbereich Alkoholabhängigkeit konzipiert sind.

In der Tabelle 3.57 sind alle 15 Symptome des Unterbereichs Drogenabhängigkeit aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.15).

Tabelle 3.57: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Unterbereichs „Drogenabhängigkeit“.

#	Symp- tom- Art	Symptombezeich- nung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA	Drogenkonsum	Ich konsumiere Drogen – mindestens 1 Mal pro Monat.	Konsumieren Sie Drogen (z.B. Cannabis, Kokain, Heroin, MDMA, Ecstasy, LSD)? Öfter als 1 Mal pro Monat?	---
2	SA	Unkontrollierbarer Drogenkonsum	Wenn ich anfangen, bestimmte Drogen zu konsumieren, kann ich oft nicht mehr aufhören.	Ist es so, dass Sie mit dem Konsum von [X] oft nicht mehr aufhören können, wenn Sie einmal angefangen haben?	---
3	SA	Reduktionswunsch Drogen	Eigentlich möchte ich weniger Drogen konsumieren.	Haben Sie den Wunsch, weniger [X] zu konsumieren?	---
4	SA	Misserfolg Reduktion Drogen	Wenn ich versuche, weniger Drogen zu konsumieren, klappt das nur für gewisse Zeit.	Wenn Sie versuchen weniger [X] zu konsumieren: Wie lange klappt das?	---
5	SA	Craving Drogen	Wenn ich bestimmte Drogen nicht konsumiere, habe ich ein starkes Verlangen danach.	Haben Sie ein starkes Verlangen nach [X], wenn Sie z.B. einen Tag lang nichts konsumieren?	---
6	SA	Pflichtverletzung Drogen	Manchmal kann ich Verpflichtungen nicht erfüllen, weil ich Drogen konsumiert habe.	Können Sie manchmal gewisse Verpflichtungen nicht mehr einhalten, weil	---

				Sie [X] konsumiert haben?	
7	SA SU	Konsumfortset- zung Drogen A	Mein Drogenkonsum führte schon öfter zu Streit.	Gab es schon öfter Streit wegen Ihres [X]-Konsums?	---
7	SA SU	Konsumfortset- zung Drogen B	Personen, die mir na- hestehen, sind wegen meines Drogenkon- sums besorgt.	Sind Personen, die Ihnen nahestehen, be- sorgt wegen Ihres [X]-Konsums?	---
7	SA SU	Konsumfortset- zung Drogen C	Unter dem Einfluss von Drogen habe ich schon mich selbst o- der andere verletzt.	Haben Sie unter dem Einfluss von [X] schon mal sich selbst oder andere Personen verletzt – vielleicht auch unabsichtlich?	---
7	SA SU	Konsumfortset- zung Drogen D	Ich weiß, dass ich Ge- sundheitsprobleme wegen des Drogen- konsums habe.	Haben Sie Gesund- heitsprobleme? Hat das Ihrer Meinung nach mit dem [X]- Konsum zu tun?	---
8	SA	Freizeitanteil mit Drogen	Drogen zu konsumie- ren gehört bei meiner Freizeit meistens mit dazu.	Verbringen Sie Ihre Freizeit eher nüchtern oder gehört [X] meis- tens mit dazu?	---
9	SA	Toleranzentwick- lung Drogen	Ich konsumiere heute mehr von einer be- stimmten Droge, um die gleiche Wirkung zu haben wie früher.	Konsumieren Sie heute mehr [X] als früher, um die gleiche Wirkung wie damals zu haben?	---
10	SA SU	Selbstauskunft Substanzklasse: Opiate	Ich konsumiere He- roin (oder Opium).	Konsumieren Sie He- roin oder Opium?	---
10	SA SU	Selbstauskunft Substanzklasse: Opiat-Substitute	Ich konsumiere Me- thadon, Buprenorphin oder andere Substi- tute.	Konsumieren Sie Me- thadon, Buprenorphin oder andere Opiat- Substitute?	---
10	SA SU	Selbstauskunft Substanzklasse: Cannabis	Ich konsumiere Can- nabis (Gras, Ha- schisch).	Konsumieren Sie Cannabis (Gras, Ha- schisch)?	---
10	SA SU	Selbstauskunft Substanzklasse: Kokain	Ich konsumiere Ko- kain (oder Freebase, Crack, Speed).	Konsumieren Sie Ko- kain (oder Freebase, Crack, Speed)?	---
10	SA SU	Selbstauskunft Substanzklasse: Amphetamine	Ich konsumiere Ecs- tasy, MDMA, Me- thamphetamin oder ähnliche Substanzen.	Konsumieren Sie Ecs- tasy, MDMA, Me- thamphetamin oder ähnliche Substanzen?	---

10	SA SU	Selbstauskunft Substanzklasse: Halluzinogene	Ich konsumiere LSD, Psilocybin oder an- dere halluzinogene Drogen.	Konsumieren Sie LSD, Psilocybin oder andere halluzinogene Drogen?	---
11	DI	Akute Intoxikation Drogen	---	Haben Sie in den letz- ten paar Stunden Dro- gen konsumiert? Kön- nen Sie mir sagen welche und wie viel?	Erläuterung: Das Symp- tom ist zu markieren, wenn der Patient während des Di- agnosegesprächs deutliche Anzeichen eines kürzlich erfolgten Drogenkonsums (außer Alkohol) aufweist. Dazu gehören allgemeine Symptome wie Bewusst- seins- oder Aufmerksam- keitsminderungen, Enthem- mung, Gang- und Standun- sicherheit, verwaschene Sprache, psychomotorische Verlangsamung sowie sub- stanzspezifische Symp- tome. (Klenico; ICD-10)
12	DI	Schädigung durch Drogen	---	Gibt es Probleme oder Einschränkungen in Ihrem Leben, die mit dem Drogenkonsum zu tun haben könnten?	Erläuterung: Das Symp- tom ist zu markieren, wenn beim Patienten körperliche oder psychische Schäden (Gesundheitsschäden) vor- liegen, die eindeutig be- nannt werden können und deren Ursache (oder Teilur- sache) mit hoher Wahr- scheinlichkeit dem Drogen- konsum zuzuschreiben ist. Beispiele dafür sind Hepa- titis, chronische Pankreati- tis, Arbeitsplatz-verlust, Beziehungsabbrüche, etc. (Klenico; ICD-10)
13	DI	Einengung auf Drogenkonsum	---	Hatten Sie früher mehr Hobbies oder pfliegten Sie Ihre Freundschaften mehr? Hat sich das verloren, seit Sie mehr Drogen konsumieren?	Eine Einengung auf den Drogenkonsum liegt vor, wenn im zeitlichen Verlauf nach und nach Aktivitäten <u>anderer Interessensbereiche</u> (Hobbies, Pflege von sozia- len Kontakten, etc.) aufge- geben oder deutlich ver- nachlässigt und gleichzeitig der Drogenkonsum intensi- viert wurden. Idealerweise kann dieser Prozess durch eine Außenanamnestik ve- rifiziert werden. (Klenico; ICD-10)
14	DI IND	Entzugssyndrom Drogen	Wenn ich bestimmte Drogen länger nicht konsumiere, geht es	Wenn Sie z.B. einen Tag lang nichts kon- sumierten, hatten Sie	Erläuterung: Das Symp- tom ist zu markieren, wenn der Patient nach Absetzen

			mir körperlich schlecht.		dann Übelkeit, Kopf- schmerzen, Schlaf- probleme oder sons- tige Beschwerden?	einer bestimmten Substanz die jeweils typischen Ent- zugssymptome aufweist (nicht nur aktuell, sondern bei jedem längeren Ausset- zen des Konsums). Die Symptome unterscheiden sich je nach Substanz- klasse; häufig kommen vor: Unruhe oder Verlangsa- mung, Übelkeit, Kopf- schmerzen, Insomnie. (Klenico; ICD-10)
15	DI SU	Nachweis Drogen- konsum: Opiate	---		(aus Laboranalyse des Blutes oder des Urins zu erschließen)	Erläuterung: Das Symp- tom ist zu markieren, wenn die Blut- oder Urinanalyse einen starken Hinweis auf kürzlich erfolgten oder län- gerfristigen Drogenkonsum ergibt. Die Substanzklasse ist zu spezifizieren (auch mehrere) (Klenico)
15	DI SU	Nachweis Drogen- konsum: Cannabis	---		(aus Laboranalyse des Blutes oder des Urins zu erschließen)	s.o.
15	DI SU	Nachweis Drogen- konsum: Kokain	---		(aus Laboranalyse des Blutes oder des Urins zu erschließen)	s.o.
15	DI SU	Nachweis Drogen- konsum: Amphet- amine	---		(aus Laboranalyse des Blutes oder des Urins zu erschließen)	s.o.
15	DI SU	Nachweis Drogen- konsum: Halluzi- nogene	---		(aus Laboranalyse des Blutes oder des Urins zu erschließen)	s.o.

Abkürzungen: SA = Selbstausskunds-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, IND = Indikator-Item, SU = mit Subspezifikation, s.o. = siehe oben

3.2.5.16. Items zu Abhängigkeiten: Medikamente

Bei der Item-Formulierung zur Medikamentenabhängigkeit stellte sich zunächst die zentrale Frage, wie diese Substanzgruppe am besten zu bezeichnen sei. In einem ersten Ansatz verwendeten wir den allgemeinen Begriff „Medikamente“, was den Vorteil hatte, dass die Items sehr knapp gehalten werden konnten. Im Gegenzug entstanden dadurch wesentliche inhaltliche Ungenauigkeiten bzw. zu unspezifische Aussagen, so dass wiederum Korrekturen in den Formulierungen angezeigt waren. Als Beispiel hierfür sei das Symptom „Reduktionswunsch

Medikamente“ erwähnt: Sowohl bei der Alkohol- als auch bei der Drogenabhängigkeit verwendeten wir die einfache, naheliegende und dennoch abhängigkeitspezifische Aussage: „eigentlich möchte ich weniger [X] konsumieren“. Hätten wir dieselbe Aussage auf Medikamente adaptiert, so wäre daraus eine Aussage entstanden, der wohl jede zur Medikamenteneinnahme genötigte Person zustimmen würde, nämlich „eigentlich möchte ich weniger Medikamente konsumieren“. Alternativ formulierten wir die Aussage „von gewissen Medikamenten nehme ich zu viel – das tut mir nicht gut“, die aber den Wunsch einer Konsumreduktion nicht direkt zum Ausdruck brachte. Prof. Karl Mann, dem wir sämtliche Items zu den Abhängigkeitsstörungen zum Review vorlegten, schlug dagegen vor, dass wir uns auf Benzodiazepine und Analgetika beschränken sollten (Mann, persönliche Kommunikation, Mai 2017). Dieser Vorschlag hatte zwar den Nachteil, dass andere potenziell abhängigkeits erzeugende Medikamente nicht adressiert werden, aber er ermöglichte im Gegenzug eine wesentlich spezifischere Item-Formulierung. Im oben erwähnten Beispiel zum Symptom „Reduktionswunsch Medikamente“ konnte nun die bewährte Formulierung ohne inhaltliche Einschränkungen adaptiert werden: „Eigentlich möchte ich weniger Beruhigungs- oder Schmerzmittel konsumieren.“

Wie bereits im Unterkapitel zur Symptomextraktion erwähnt, teilten wir das DSM-5-Kriterium des Konsums im Unterbereich der Abhängigkeitserkrankungen in zwei Symptome auf, nämlich „Abhängigkeitsgefühl Medikamente“ und „Selbstmedikation“. Die entsprechenden Items dazu lauten: „ich fühle mich von beruhigenden Medikamenten oder Schmerzmitteln abhängig“ bzw. „ich nehme Beruhigungs- oder Schmerzmittel ein – ohne ärztliche Verordnung“. Diese beiden Ich-Aussagen konzipierten wir als Screening-Items, da sie zwei besonders kritische Aspekte einer potenziellen Medikamentenabhängigkeit relativ niederschwellig zum Ausdruck bringen. Um die Anzahl der Screening-Items gering zu halten, integrierten wir sowohl den Konsum von Sedativa als auch den Konsum von Analgetika jeweils in ein einzelnes Item und nahmen dafür in Kauf, dass die Items etwas länger und inhaltlich weniger prägnant ausfielen. Bei einem weiteren Selbstauskunftssymptom, beim „Reduktionswunsch Medikamente“, integrierten wir ebenfalls die beiden Medikamentenklassen. Die übrigen der insgesamt acht Selbstauskunftssymptome unterteilten wir in Subspezifikationen, so dass pro Symptom jeweils zwei Items resultierten, von denen sich eines auf Sedativa, das andere auf Analgetika bezog. Beide Medikamentenklassen bezeichneten wir jeweils mit den umgangssprachlichen Begriffen „Beruhigungsmittel“ und „Schmerzmittel“. (Auf die im Szenejargon geläufige Bezeichnung „Benzos“ für Sedativa verzichteten wir, um mit dem zugegebenermaßen weniger prägnanten Ausdruck „Beruhigungsmittel“ auch Patienten anzusprechen, die nicht dem

Drogenmilieu zugehörig sind.) Weitere drei Symptome ordneten wir der Gruppe der Diagnostiker-Symptome zu, nämlich „Schädigung durch Medikamente“, „Entzugssyndrom Medikamente“ sowie „Arzneistoffgruppe: Benzodiazepin-Konsum“. Letzteres bietet dem Diagnostiker die Möglichkeit, die Medikamentenklasse zu spezifizieren, d.h. zwischen Sedativa- und Analgetika-Konsum sowie einer Restkategorie zu unterscheiden. In der zugehörigen Erläuterung führten wir zu den beiden spezifischen Medikamentenklassen jeweils häufig gebräuchliche Beispiele für Arzneistoffe mit den entsprechenden Handelsnamen der Medikamente auf, um dem Diagnostiker eine rasche Orientierungshilfe zu bieten.

In der Tabelle 3.58 sind alle elf Symptome des Unterbereichs Medikamentenabhängigkeit aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.16).

Tabelle 3.58: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Unterbereichs „Medikamentenabhängigkeit“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SC	Abhängigkeitsgefühl Medikamente	Ich fühle mich von beruhigenden Medikamenten oder Schmerzmitteln abhängig.	Fühlen Sie sich von beruhigenden Medikamenten (z.B. Benzodiazepinen) oder von Schmerzmitteln abhängig?	---
2	SA SC	Selbstmedikation	Ich nehme Beruhigungs- oder Schmerzmittel ein – ohne ärztliche Verordnung.	Nehmen Sie Beruhigungs- oder Schmerzmittel ein, die Ihnen aber kein Arzt verschrieb?	---
3	SA	Reduktionswunsch Medikamente	Eigentlich möchte ich weniger Beruhigungs- oder Schmerzmittel konsumieren.	Haben Sie den Wunsch, weniger Beruhigungs- oder Schmerzmittel zu konsumieren?	---
4	SA SU	Misserfolg Reduktion Medikamente A	Wenn ich versuche, weniger Beruhigungsmittel zu nehmen, klappt das nur für gewisse Zeit.	Wenn Sie versuchen weniger von den beruhigenden Medikamenten zu konsumieren: Wie lange klappt das?	---

4	SA SU	Misserfolg Reduktion Medikamente B	Wenn ich versuche, weniger Schmerzmittel zu nehmen, klappt das nur für gewisse Zeit.	Wenn Sie versuchen weniger Schmerzmittel zu konsumieren: Wie lange klappt das?	---
5	SA SU	Craving Medikamente A	Wenn ich die Beruhigungsmittel nicht einnehme, habe ich ein starkes Verlangen danach.	Haben Sie ein starkes Verlangen nach den beruhigenden Medikamenten, wenn Sie sie z.B. einen Tag lang konsumieren?	---
5	SA SU	Craving Medikamente B	Wenn ich die Schmerzmittel nicht einnehme, habe ich ein starkes Verlangen danach.	Haben Sie ein starkes Verlangen nach den Schmerzmitteln, wenn Sie sie z.B. einen Tag lang konsumieren?	---
6	SA SU	Pflichtverletzung Medikamente A	Manchmal kann ich Verpflichtungen nicht erfüllen, weil ich Beruhigungsmittel genommen habe.	Können Sie manchmal gewisse Verpflichtungen nicht mehr einhalten, weil Sie Beruhigungsmittel konsumiert haben?	---
6	SA SU	Pflichtverletzung Medikamente B	Manchmal kann ich Verpflichtungen nicht erfüllen, weil ich Schmerzmittel genommen habe.	Können Sie manchmal gewisse Verpflichtungen nicht mehr einhalten, weil Sie Schmerzmittel konsumiert haben?	---
7	SA SU	Konsumfortsetzung Medikamente A	Mein Konsum von Beruhigungs- oder Schmerzmitteln führte schon öfter zu Streit.	Gab es schon öfter Streit wegen Ihres Konsums von Beruhigungs- oder Schmerzmitteln?	---
7	SA SU	Konsumfortsetzung Medikamente B	Personen, die mir nahestehen, sind wegen meines Konsums von Beruhigungsmitteln besorgt.	Sind Personen, die Ihnen nahestehen, besorgt wegen Ihres Konsums von Benzodiazepinen / Schmerzmitteln?	---
7	SA SU	Konsumfortsetzung Medikamente C	Personen, die mir nahestehen, sind wegen meines Konsums von Schmerzmitteln besorgt.	Sind Personen, die Ihnen nahestehen, besorgt wegen Ihres Konsums von Benzodiazepinen / Schmerzmitteln?	---
7	SA SU	Konsumfortsetzung Medikamente D	Unter dem Einfluss von Beruhigungsmitteln habe ich mich oder andere schon verletzt.	Haben Sie unter dem Einfluss von beruhigenden Medikamenten schon mal sich selbst oder andere verletzt?	---

7	SA SU	Konsumfortsetzung Medikamente E	Unter dem Einfluss von Schmerzmitteln habe ich mich oder andere schon verletzt.	Haben Sie unter dem Einfluss von Schmerzmitteln schon mal sich selbst oder andere verletzt?	---
8	SA SU	Toleranzentwicklung Medikamente A	Ich konsumiere heute mehr Beruhigungsmittel, um die gleiche Wirkung zu haben wie früher.	Konsumieren Sie heute mehr Beruhigungsmittel als früher, um die gleiche Wirkung wie damals zu haben?	---
8	SA SU	Toleranzentwicklung Medikamente B	Ich konsumiere heute mehr Schmerzmittel, um die gleiche Wirkung zu haben wie früher.	Konsumieren Sie heute mehr Schmerzmittel als früher, um die gleiche Wirkung wie damals zu haben?	---
9	DI	Schädigung durch Medikamente	---	Gibt es Probleme oder Einschränkungen in Ihrem Leben, die mit dem Konsum von beruhigenden Medikamenten / Schmerzmitteln zu tun haben könnten?	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn beim Patienten körperliche oder psychische Schäden (Gesundheitsschäden) vorliegen, die eindeutig benannt werden können und deren Ursache (oder Teilursache) mit hoher Wahrscheinlichkeit dem Medikamentenkonsum zuzuschreiben ist. (Klenico; ICD-10)
10	DI	Entzugssyndrom Medikamente	---	Welche Probleme kriegen Sie, wenn Sie mehrere Tage lang keine beruhigenden Medikamente / Schmerzmittel einnehmen?	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn der Patient nach Absetzen eines bestimmten Medikaments jeweils die für die Substanzklasse typischen Entzugssymptome aufweist. Dazu gehören: Tremor, Übelkeit, Tachykardie oder Hypertonie, Unruhe, Kopfschmerzen, Insomnie, Muskelschmerzen oder -krämpfe, vorübergehende Halluzinationen oder Illusionen. (Klenico; ICD-10)
11	DI SU	Arzneistoffgruppe: Benzodiazepin-Konsum	---	(aus Äußerungen des Pat. oder Laboranalysen zu erschließen)	Erläuterung: Hier ist die Arzneistoffgruppe auszuwählen, deren regelmäßiger Konsum entweder der <u>Patient glaubhaft berichtet</u> , oder durch Blut- oder Urinalysen festgestellt wurde:

				– Benzodiazepine, z.B. Valium, Bromazepam, Rohypnol, Tavor, Faustan, Dornicum, Flunitrazepam – Analgetika (Schmerzmittel), z.B. Morphin HCl (MSI), Mophinsulfat (MSR, MST), Pethidin (Dolantin), Levomethadon (L-Polamidon), Fentanyl (Durogesic) (Klenico)
11	DI SU	Arzneistoffgruppe: --- Analgetika-Konsum	(aus Äußerungen des Pat. oder Laboranalysen zu erschließen)	s.o.
11	DI SU	Arzneistoffgruppe: --- Anderer Medikamente-Konsum	(aus Äußerungen des Pat. oder Laboranalysen zu erschließen)	s.o.

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation, s.o. = siehe oben

3.2.5.17. Items zu Abhängigkeiten: Tabak

Wie im Unterkapitel zur Symptomextraktion der Tabakabhängigkeit erläutert (vgl. 3.2.4.17) lag der Fokus in diesem Unterbereich auf einer einfachen und rasch zu bearbeitenden Symptomerfassung. Dieses Bestreben berücksichtigt einerseits dem Umstand, dass eine Tabakabhängigkeit sehr selten der konkrete Anlass für eine Konsultation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem darstellen dürfte. Andererseits entspricht es aber auch den Empfehlungen der S3-Leitlinie, den Tabakkonsum möglichst systematisch zu erheben und zu dokumentieren (AWMF, 2015a).

Was den sogenannten riskanten Konsum angeht, finden sich in der S3-Leitlinie zur Tabakabhängigkeit keine konkreten Angaben einer entsprechenden Menge oder Frequenz (AWMF, 2015a), wie sie etwa in der S3-Leitlinie zur Alkoholabhängigkeit vermerkt sind (AWMF, 2016). Vor diesem Hintergrund entschieden wir uns, das einzige Screening-Item für diesen Unterbereich, den „Tabakkonsum“, sehr niederschwellig mit der Formulierung „ich rauche jeden Tag“ zu operationalisieren. Für die weiteren fünf Selbstauskunftssymptome verwendeten wir Item-Formulierungen, die in inhaltlicher Analogie bereits im Rahmen der Alkoholabhängigkeit (vgl. 3.2.5.14) entwickelt wurden. Das Symptom „Konsumfortsetzung Tabak“ konzipierten wir hier mit nur drei Subspezifikationen, weil der bei den anderen Abhängigkeiten mit enthaltene Aspekt der Selbst- oder Fremdgefährdung („unter dem Einfluss von

[X] habe ich schon mich selbst oder andere verletzt“) beim Tabakkonsum aufgrund der äußerst geringen Einschränkung des Bewusstseins bzw. der Handlungsfähigkeit keine Relevanz hat. Die Anzahl an Diagnostiker-Symptomen beläuft sich in diesem Unterbereich auf gerade mal zwei, nämlich „Schädigung durch Tabak“ und „Entzugssyndrom Tabak“, wobei wir letzteres mit einem Indikator-Item in der Selbstauskunft konzipierten.

In der Tabelle 3.59 sind alle acht Symptome des Unterbereichs Tabakabhängigkeit aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.17).

Tabelle 3.59: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Unterbereichs „Tabakabhängigkeit“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SC	Tabakkonsum	Ich rauche jeden Tag.	Rauchen Sie? Rauchen Sie jeden Tag?	---
2	SA	Reduktionswunsch Tabak	Eigentlich möchte ich weniger rauchen.	Haben Sie den Wunsch, weniger zu rauchen?	---
3	SA	Misserfolg Reduktion Tabak	Wenn ich versuche, weniger zu rauchen, klappt das nur für gewisse Zeit.	Wenn Sie versuchen weniger zu rauchen: Wie lange klappt das?	---
4	SA	Craving Tabak	Wenn ich länger nicht rauche, habe ich ein starkes Verlangen nach Tabak.	Haben Sie ein starkes Verlangen nach Tabak, wenn Sie sie z.B. einen Tag lang nicht rauchen?	---
5	SA SU	Konsumfortsetzung Tabak A	Mein Tabakkonsum führte schon öfter zu Streit.	Gab es schon öfter Streit, weil Sie rauchen?	---
5	SA SU	Konsumfortsetzung Tabak B	Personen, die mir nahestehen, sind wegen meines Tabakkonsums besorgt.	Sind Personen, die Ihnen nahestehen, besorgt wegen Ihres Rauchens?	---
5	SA SU	Konsumfortsetzung Tabak C	Ich weiß, dass ich Gesundheitsprobleme wegen des Rauchens habe.	Haben Sie Gesundheitsprobleme? Hat das Ihrer Meinung nach mit dem Rauchen zu tun?	---

6	SA	Toleranzentwicklung Tabak	Ich konsumiere heute mehr Tabak als früher, um die gleiche Wirkung zu haben.	Rauchen Sie heute mehr als früher, um die gleiche Wirkung wie damals zu haben?	---
7	DI	Schädigung durch Tabak		Gibt es Probleme oder Einschränkungen in Ihrem Leben, die mit dem Rauchen zu tun haben könnten?	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn beim Patienten körperliche oder psychische Schäden (Gesundheitsschäden) vorliegen, die eindeutig benannt werden können und deren Ursache (oder Teilursache) <u>mit hoher Wahrscheinlichkeit dem Tabakkonsum zuzuschreiben</u> ist. Beispiele dafür sind chronisch-obstruktive Bronchitis (Raucherlunge), ein Lungenemphysem, Beziehungsprobleme, etc. (Klenico; ICD-10)
8	DI IND	Entzugssyndrom Tabak	Wenn ich länger nicht rauche, geht es mir schlecht.	Wenn Sie z.B. einen Tag lang nicht rauchen, haben Sie dann dauerhaft schlechte oder gereizte Stimmung, Schlafprobleme, etc.? Rauchen Sie weiter, um dies zu verhindern?	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn der Patient nach Aussetzen des regelmäßigen Tabakkonsums gemäß Selbstauskunft die typischen Entzugssymptome aufweist. Dazu gehören: Angst, dysphorische Stimmung, Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, Insomnie, Appetitsteigerung, vermehrter Husten, Ulzerationen der Mundschleimhaut. (Klenico; ICD-10)

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, IND = Indikator-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.18. Items zu Essstörungen

Bei der Formulierung von Items zu den Selbstauskunftssymptomen der Essstörungen galt es, zwei innerpsychische Hemmschwellen bei den Betroffenen zu berücksichtigen, nämlich zum einen starke Schamgefühle, die insbesondere bei der Bulimia Nervosa und der Binge-Eating-Störung auftreten können, sowie eine bisweilen stark empfundene Ich-Syntonie im Rahmen der Anorexia Nervosa. Im letztgenannten Fall bestand unsere Strategie darin, die Ich-Aussage-Items trotz ihres gesundheitlich problematischen Inhalts mit einer neutralen bis sogar leicht positiven Valenz zu formulieren. Beim Symptom „Restriktives Essverhalten“, das im

Prinzip das Kernmerkmal der Anorexia Nervosa ausmacht, war es zudem nötig, ein objektivierendes Maß für die pathologische Ausprägung zu integrieren, zumal gewisse Restriktionen beim Essen in der Allgemeinbevölkerung sehr verbreitet sein dürften. Ein solches Maß fanden wir in der täglichen Kalorienzufuhr, die einerseits von den Betroffenen bisweilen sehr stark fokussiert wird, zu der es andererseits aber auch differenzierte Empfehlungen der WHO gibt. Die Zahl von 2000 kcal pro Tag liegt demnach knapp unter der empfohlenen Energiezufuhr für Frauen zwischen 19 und 25 Jahren bei einem mittleren körperlichen Aktivitätslevel (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2020). Daraus resultierte letztlich das Item „ich nehme bewusst weniger als 2000 kcal pro Tag zu mir“, was somit ein objektiviertes Indiz für eine langfristig schädliche Restriktion beim Essverhalten darstellt.

Auch bei dem aus der ICD-10 stammenden Symptom „Niedrige Gewichtslimite“ fehlen in den diagnostischen Kriterien Angaben, was die „sehr niedriger Gewichtsschwelle“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 206) genau ausmacht. Für unsere Operationalisierung orientierten wir uns daher an den Erfahrungswerten, die uns Prof. Voderholzer (persönliche Kommunikation, 12. Januar 2017) im Gespräch vermittelte, wonach viele Betroffene die fixe Idee haben, auf keinen Fall mehr als 50 kg wiegen zu dürfen. Dazu formulierten wir aber auch eine Erläuterung für den Diagnostiker, damit dieser die vorgegebene Zahl als Richtwert für das Symptom zu interpretieren versteht. Eine ähnliche Operationalisierungsschwierigkeit stellte sich beim Symptom „Übermäßiger Sport“, bei dem wir uns letztlich für die Schwelle von vier Tagen pro Woche, also häufiger als jeden zweiten Tag, entschieden. Unter Berücksichtigung des oben genannten Prinzips der neutralen bis leicht positiven Valenz formulierten wir das Item „ich treibe an mehr als 4 Tagen pro Woche intensiv Sport“. Auf eine inhaltliche Verknüpfung mit der Gewichts- und Figurproblematik verzichteten wir dabei absichtlich, um ein niederschwelliges Screening-Item zu generieren, das von einer möglichen Ich-Syntonie diagnostischen Gebrauch macht. Überdies schätzte Prof. Voderholzer, dass über die Hälfte der von Essstörungen betroffenen Patienten ein exzessives Sportverhalten an den Tag legen (Voderholzer, persönliche Kommunikation, 12. Januar, 2017).

Zwei Symptome, bei denen sich die Formulierung der phänomenalen Erlebensweise durch die Betroffenen besonders anspruchsvoll herausstellte, waren „Selbstwert Gewicht“ und „Selbstwert Figur“. In beiden Fällen geht es darum, dass bei den Betroffenen das Körpergewicht bzw. die Figur „einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 472) haben. Eine naheliegende Formulierung wie z.B. „wenn ich dick bin,

bin ich nichts wert“ wäre aber nicht nur zu plakativ ausgefallen, sondern hätte auch das subjektive Erleben einer betroffenen Person nicht auf den Punkt gebracht. Anstattdessen integrierten wir die Thematik der Selbstkontrolle, die, wie uns Prof. Voderholzer (persönliche Kommunikation, 12. Januar, 2017) erläuterte, bei allen Essstörungen sehr stark im Vordergrund steht. Während es Anorektikern also offensichtlich gelingt, selbst ein so grundlegendes Bedürfnis wie die Nahrungsaufnahme auf drastische Weise zu unterdrücken, leiden Bulimiker, vor allem aber Personen mit einer Binge-Eating-Störung enorm darunter, dass ihnen die Selbstkontrolle beim Essen entgleitet, was für sie dann u.a. in starken Scham- oder Schuldgefühlen wahrnehmbar wird. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen entstanden die beiden Items „wenn ich zunehme, ist das ein Zeichen von Schwäche“ und „meine Figur zeigt deutlich, wie gut ich mich im Griff habe“. Die Aussagen dieser beiden Items treffen sowohl beim Vorliegen eines übermäßigen Drangs nach (letztlich gelingender) Selbstkontrolle, als auch bei einer dominanten Angst vor dem Verlust von Selbstkontrolle, als auch bei einem vorwiegenden Schamgefühl aufgrund eines ständig erlebten Selbstkontrollverlustes zu. Die enthaltenen Verallgemeinerungen („Schwäche“ bzw. „sich im Griff haben“) implizieren gleichzeitig eine starke Bedeutung für das Selbsterleben.

Von den insgesamt 28 Symptomen dieses Bereichs identifizierten wir aufgrund der inhaltlichen Analyse 23 als Selbstauskunftssymptome und die restlichen fünf als Diagnostikersymptome. Zu den letzteren gehören die beiden Symptome „BMI Übergewicht“ und „BMI Untergewicht“, weil der zur Beurteilung nach wie vor gültige Body Mass Index (BMI) nur anhand von Formeln oder Tabellen ermittelt werden kann. Als Orientierungshilfe stellten wir dem Diagnostiker jeweils eine sehr einfach gehaltene tabellarische Auflistung zur Verfügung, um die bei einem Patienten vorliegenden Werte grob einschätzen zu können. Als Operationalisierung des Symptoms „Gestörte Selbstwahrnehmung“ instruierten wir den Diagnostiker, das Erscheinungsbild des Patienten mit augenscheinlichen Normwerten der Bevölkerung abzugleichen und diesen Eindruck mit dem Selbstauskunftssymptom „Selbstwahrnehmung zu dick“ in Verbindung zu bringen. Bei einer deutlichen Diskrepanz soll das Symptom als zutreffend gewertet werden. Schließlich konzipierten wir vier der Selbstauskunftssymptome mit jeweils zwei Subspezifikationen, um unterschiedliche Aspekte desselben Symptoms in eigenständige Items umzubrechen. Das war beispielsweise beim Symptom „Essanfälle“ der Fall, wobei im ersten Item die Häufigkeit im Vordergrund steht („ich habe Essanfälle – mindestens 1 Mal pro Woche“) und beim zweiten Item die Menge („manchmal esse ich in zwei Stunden mehr, als ein Mensch normalerweise pro Tag isst“).

In der Tabelle 3.60 sind alle 28 Symptome des Bereichs Belastungsstörungen aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.18).

Tabelle 3.60: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Bereichs „Essstörungen“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SC	Restriktives Essverhalten	Ich nehme bewusst weniger als 2000 kcal pro Tag zu mir.	Nehmen Sie bewusst weniger als 2000 kcal pro Tag zu sich?	Ein restriktives Essverhalten liegt dann vor, wenn die betroffene Person <u>absichtlich Strategien anwendet</u> , um die Energieaufnahme in Relation zum Energiebedarf zu niedrig zu halten. Der Wert von 2000 kcal (Kilokalorien) liegt etwas unter dem von der WHO <u>empfohlenen Wert an täglicher Energiezufuhr</u> bei Frauen. (Klenico)
2	SA SC	Unzufriedenheit Figur/Gewicht	Ich bin mit meinem Körper (Gewicht, Figur) sehr unzufrieden.	Sind Sie mit Ihrem Körper – v.a. Gewicht und Figur – sehr unzufrieden?	---
3	SA	Angst vor Gewichtszunahme	Die Vorstellung, dick zu werden, finde ich schrecklich.	Finden Sie die Vorstellung, dick zu werden, sehr schlimm oder sogar schrecklich?	---
4	SA	Niedrige Gewichtslimite	Ich will auf keinen Fall mehr als 50 kg wiegen.	Haben Sie sich eine Gewichtslimite gesetzt, unter der Sie unbedingt bleiben wollen? Liegt die bei 50 kg oder drunter?	Erläuterung: Erfahrungsgemäß spielt bei der Gewichtslimite die Zahl von 50 kg bei sehr vielen Patienten eine übermäßig große Rolle. Das Symptom kann jedoch auch dann markiert werden, wenn eine selbst gesetzte Gewichtslimite eine <u>andere Zahl</u> beinhaltet, die im Verhältnis zur Körpergröße niedrig ist, und deren Einhaltung das <u>Essverhalten maßgeblich mitbestimmt</u> . (Klenico)

5	SA SU	Selbstwahrnehmung zu dick A	Ich fühle mich zu dick.	Fühlen Sie sich zu dick?	---
5	SA SU	Selbstwahrnehmung zu dick B	Bestimmte Körperstellen an mir sind zu dick.	Gibt es bestimmte Körperstellen, die Sie bei sich zu dick finden?	---
6	SA	Selbstwert Gewicht	Wenn ich zunehme, ist das ein Zeichen von Schwäche.	Wenn Sie zunehmen würden, wäre das für Sie ein Zeichen von Schwäche?	---
7	SA	Selbstwert Figur	Meine Figur zeigt deutlich, wie gut ich mich im Griff habe.	Würden Sie sagen, dass man Ihrer Körperform deutlich ansieht, wie gut Sie sich im Griff haben?	---
8	SA SC	Übermäßiger Sport	Ich treibe an mehr als 4 Tagen pro Woche intensiv Sport.	Treiben Sie an mehr als 4 Tagen pro Woche intensiv Sport?	---
9	SA	Erbrechen selbst-induziert	Manchmal erbreche ich absichtlich, um das Gegessene loszuwerden.	Führen Sie bei sich manchmal absichtlich ein Erbrechen herbei, um das Gegessene loszuwerden?	---
10	SA	Medikamentöse Gewichtsregulation	Manchmal nehme ich Medikamente oder Abführmittel, um nicht zuzunehmen.	Nehmen Sie manchmal Medikamente, Abführmittel oder Ähnliches, um Ihr Gewicht zu kontrollieren?	Erläuterung: Häufig verwendet werden u.a. Diuretika (ausschwemmende Mittel), Laxantien (Abführmittel), Appetitzügler. Manche Diabetiker vernachlässigen auch die Insulin-Behandlung. (Klenico)
11	SA	Fasten	Manchmal faste ich, um nicht zuzunehmen.	Fasten Sie manchmal, um nicht zuzunehmen?	---
12	SA	Amenorrhoe	Ich menstruiere selten oder gar nicht mehr.	Ist Ihre Menstruation selten geworden oder ganz ausgefallen?	---
13	SA	Libidoverlust	Ich habe weniger Lust auf Sexualität.	Haben Sie weniger Lust auf Sexualität?	---
14	SA SU	Essanfälle A	Ich habe Essanfälle – mindestens 1 Mal pro Woche.	Kriegen Sie manchmal Essanfälle? Wie oft erleben Sie das?	Hinweis: Das Symptom ist nur zutreffend, wenn die Essanfälle <u>mindestens 1 Mal pro Woche</u> auftreten.
14	SA SU	Essanfälle B	Manchmal esse ich in zwei Stunden mehr, als ein Mensch normalerweise pro Tag isst.	Essen Sie manchmal in kurzer Zeit (2h) übermäßig viel (mehr als ein Mensch normalerweise pro Tag	Hinweis: Das Symptom ist nur zutreffend, wenn die Essanfälle <u>mindestens 1 Mal pro Woche</u> auftreten.

				isst)? Wie oft erleben Sie das?	
15	SA SU	Kontrollverlust Essen A	Wenn ich drauflos esse, kann ich manchmal gar nicht mehr aufhören.	Verlieren Sie bei den Essanfällen die Kontrolle, so dass Sie z.B. gar nicht mehr aufhören können zu essen?	---
15	SA SU	Kontrollverlust Essen B	Während der Essanfälle esse ich unkontrollierbar alles Mögliche durcheinander.	Verlieren Sie bei den Essanfällen die Kontrolle, so dass Sie z.B. alles Mögliche durcheinander essen?	---
16	SA SU	Craving Essen A	Ich habe oft ein übermäßiges Verlangen nach Essen – selbst wenn ich nicht hungrig bin.	Haben Sie selbst dann ein starkes Verlangen nach Essen, wenn Sie eigentlich gar nicht hungrig sind?	---
16	SA SU	Craving Essen B	Ich habe oft einen unwiderstehlichen Drang zu essen – richtige Heißhungerattacken.	Verspüren Sie oft einen unwiderstehlichen Drang zu essen – richtige Heißhungerattacken?	---
17	SA	Essgeschwindigkeit	Während der Essanfälle esse ich viel schneller als sonst.	Essen Sie während der Essanfälle deutlich schneller als sonst?	---
18	SA	Völlegefühl Essanfall	Bei einem Essanfall esse ich bis zu einem unangenehmen Völlegefühl.	Essen Sie bei einem Essanfall bis zu einem unangenehmen Völlegefühl?	---
19	SA	Essen ohne Hunger	Wenn es mich überkommt, esse ich sehr viel, obwohl ich kein Hungergefühl habe.	Essen Sie bei einem Essanfall sehr viel, obwohl Sie kein Hungergefühl haben?	---
20	SA	Scham beim Essen	Ich esse lieber allein, um mich wegen der Menge, die ich esse, nicht zu schämen.	Essen Sie lieber alleine, um sich wegen der Menge Ihres Essens nicht zu schämen?	---
21	SA	Ekel nach Essanfall	Nach einem Essanfall eke ich mich vor mir selbst.	Empfinden Sie nach einem Essanfall Ekel vor sich selbst?	---
22	SA	Deprimiertheit nach Essanfall	Nach einem Essanfall fühle ich mich niedergeschlagen und traurig.	Fühlen Sie sich nach einem Essanfall niedergeschlagen und traurig?	---
23	SA	Schuldgefühl nach Essanfall	Nach einem Essanfall habe ich Schuldgefühle.	Haben Sie nach einem Essanfall Schuldgefühle?	---

24	DI	BMI Übergewicht	---	Was ist Ihre Körpergröße? Wie viele Kilos wiegen Sie?	<p>Erläuterung: Hier ist ein <u>Übergewicht</u> des Patienten zu vermerken (<u>BMI > 26</u>). Grenzwerte für Frauen (>18 J.): Wenn diese kg-Werte <u>überschritten</u> werden, liegt ein <u>Übergewicht</u> vor.</p> <table><tr><td>1,55 m</td><td>62,5 kg</td></tr><tr><td>1,60 m</td><td>66,6 kg</td></tr><tr><td>1,65 m</td><td>70,8 kg</td></tr><tr><td>1,70 m</td><td>75,1 kg</td></tr><tr><td>1,75 m</td><td>79,6 kg</td></tr><tr><td>1,80 m</td><td>84,2 kg</td></tr></table> <p>Berechnung BMI: Gewicht [kg] / Körpergröße [m]² (Klenico)</p>	1,55 m	62,5 kg	1,60 m	66,6 kg	1,65 m	70,8 kg	1,70 m	75,1 kg	1,75 m	79,6 kg	1,80 m	84,2 kg
1,55 m	62,5 kg																
1,60 m	66,6 kg																
1,65 m	70,8 kg																
1,70 m	75,1 kg																
1,75 m	79,6 kg																
1,80 m	84,2 kg																
25	DI	BMI Untergewicht	---	Was ist Ihre Körpergröße? Wie viele Kilos wiegen Sie?	<p>Erläuterung: Hier ist ein <u>Untergewicht</u> des Patienten zu vermerken (<u>BMI < 17,5</u>). Grenzwerte für Frauen (>18 J.): Wenn diese kg-Werte <u>unterschritten</u> werden, liegt ein <u>Untergewicht</u> vor.</p> <table><tr><td>1,55 m</td><td>42,0 kg</td></tr><tr><td>1,60 m</td><td>44,8 kg</td></tr><tr><td>1,65 m</td><td>47,6 kg</td></tr><tr><td>1,70 m</td><td>50,6 kg</td></tr><tr><td>1,75 m</td><td>53,6 kg</td></tr><tr><td>1,80 m</td><td>56,7 kg</td></tr></table> <p>Berechnung BMI: Gewicht [kg] / Körpergröße [m]² (Klenico)</p>	1,55 m	42,0 kg	1,60 m	44,8 kg	1,65 m	47,6 kg	1,70 m	50,6 kg	1,75 m	53,6 kg	1,80 m	56,7 kg
1,55 m	42,0 kg																
1,60 m	44,8 kg																
1,65 m	47,6 kg																
1,70 m	50,6 kg																
1,75 m	53,6 kg																
1,80 m	56,7 kg																
26	DI	Gestörte Selbstwahrnehmung	---	(aus dem Abgleich zwischen Selbstausskunft bzw. Äußerungen und Beobachtung zu erschließen)	<p>Als gestört ist die Körper-Selbstwahrnehmung dann zu bezeichnen, wenn das äußere <u>Erscheinungsbild</u> der betroffenen Person (Figur, Körpermaße) augenscheinlich <u>den Normwerten der Bevölkerung entspricht (oder darunter liegt)</u>, die Person aber dennoch eine „<u>Selbstwahrnehmung zu dick</u>“ (vgl. entsprechendes Symptom) angibt. (Klenico)</p>												
27	DI	Fehlende Einsicht	---	Würden Sie sagen, Ihr Vorgehen, um Ihr Gewicht zu kontrollieren, ist sinnvoll?	<p>Erläuterung: Eine fehlende Einsicht ist dann zu vermerken, wenn die Maß-</p>												

					nahmen zur Gewichtskontrolle klare <u>Gesundheits-schäden</u> aufweisen (Unter- oder Mangelernährung, Zahnschäden, Haarausfall, Osteoporose), die betroffene Person sie aber <u>dennoch als sinnvoll bezeichnet</u> . (Klenico)
28	DI	Impotenz	---	(Nur bei Männern:) Haben Sie Probleme mit dem Samenerguss?	---

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation

3.2.5.19. Items zu Belastungsstörungen

Eine erste Herausforderung bei der Item-Formulierung stellte sich beim Symptom „Psychisches Trauma“. Sie betraf zum einen die Variationsbreite, mit der Menschen eine psychische Traumatisierung erleiden können. Zunächst gingen unsere Überlegungen in die Richtung, diesbezüglich eine Systematisierung zu integrieren, die von Leonore Terr (1991) begründet und von Andreas Maercker ergänzt wurde (Maercker, persönliche Kommunikation, 7. November, 2016). Demnach lassen sich traumatisierende Situationen einerseits nach der Auftretenshäufigkeit (einmalig vs. wiederholt), andererseits nach Art der Verursachung (akzidentell vs. personell) unterscheiden. Da es aber bislang offenbar keine empirischen Belege für die Vorhersagekraft dieser Unterteilung in Bezug auf die Symptomatik der Betroffenen gibt, und sie auch keinen Eingang in die diagnostischen Verzeichnisse (weder DSM-5 noch ICD-11) gefunden hat, erachteten wir sie nicht als zwingend maßgeblich für die Item-Formulierung. Anstattdessen orientierten wir uns an den im DSM-5 genannten Ereigniskategorien (nicht aber an den Konfrontationsarten; vgl. 3.2.4.19), nämlich „Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 369). Diese Angaben erlaubten eine weitaus gezieltere und konkretere Operationalisierung als die Traumadefinition gemäß ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 174; vgl. 3.2.4.19) oder die für die ICD-11 angedachte Umschreibung „extremely threatening or horrific event or series of events“ (WHO, 2020b).

Bei der konkreten Item-Formulierung zum Symptom „Psychischen Trauma“ fassten wir die beiden Ereigniskategorien „ernsthafte Verletzung“ und „drohender Tod“ zusammen, indem wir festlegten, dass eine Verletzung dann als ernsthaft verstanden werden sollte, wenn sie mit einer (zumindest subjektiv empfundenen) Lebensgefahr einhergeht. Insgesamt formulierten wir zu den Themen Lebensgefahr und sexuelle Gewalt sieben Subspezifikations-Items, die wir hinsichtlich ihres Abstraktionsgrades abstuften. Allgemeinere Aussagen, die ein breiteres Spektrum an konkreten Situationen miteinschließen, verwendeten wir zugleich als Screening-Items, nämlich „mir wurde sexuell etwas angetan“, „ich habe schon ‚dem Tod ins Auge geschaut‘“ und „ich habe schreckliche Dinge erlebt, gegen die ich machtlos war“. Bei letzterem kombinierten wir die allgemeine Bezugskategorie „schreckliche Dinge“ mit einem Aspekt des subjektiven Erlebens, den wir für entscheidend erachteten, nämlich das Gefühl des völligen Ausgeliefertseins („machtlos“), das sich sowohl auf eine akzidentelle als auch eine interpersonelle Situation beziehen kann. Ein weiteres allgemeines Item, „ich habe schlimme Dinge erlebt, über die ich normalerweise nicht rede“, ist identisch aufgebaut, allerdings kombiniert mit einer subjektiv erlebbaren Verhaltensweise, dem Verschweigen, was eine Reaktion auf starke Schamgefühle darstellt, die subjektiv wiederum weniger gut erlebbar bzw. reflektierbar sind. Drei weitere Items benennen dann relativ konkrete Ereignisse, nämlich „ich habe in meinem Leben sexuellen Übergriff oder sexuelle Gewalt erlebt“, „ich war schon tödlicher Gefahr ausgesetzt“ und „ich habe schon schreckliche Todesfälle erlebt“. Das letztgenannte Item bezieht sich auf den Fall, dass die betroffene Person Zeuge mehrerer Todesfälle war, wobei die Expositionsnähe offengelassen wird. Bei den diagnostischen Fragen zum Symptom „Psychisches Trauma“ befolgten wir die Empfehlung von Prof. Maercker (persönliche Kommunikation, 7. November, 2016) und formulierten eine Einleitung, worin scham- und andere abwehrbedingten Schwierigkeiten indirekt angesprochen werden, damit der Diagnostiker nicht unvermittelt in die Fragen nach extremen Belastungen einsteigt. Bei der Definition des Symptoms orientierten wir uns an der Formulierung in der ICD-11 (WHO, 2020b) und ergänzten diese um die konkreten Aspekte Lebensgefahr und sexuelle Gewalt.

Eine weitere Herausforderung bestand darin, dass sich die meisten übrigen Items jeweils auf das traumatisierende Ereignis bzw. die traumatisierenden Ereignisse beziehen mussten, was zum einen dem Umstand geschuldet ist, dass die Präsentation der Items in der Selbstausskunft der Klenico-Software nach Zufallsprinzip angeordnet wird (vgl. 2.2.2.2). Hier ist also grundsätzlich gewünscht, dass sich der Patient nur auf die Phänomenologie des Einzelsymptoms beschränkt und dieses nicht im Zusammenhang mit einem übergeordneten Störungskonzept zu verstehen versucht. Im Bereich der Belastungsstörungen geben die diagnostischen

Kriterien aber ganz klar vor, dass sich die Symptome entweder in einem inhaltlichen (z.B. bei Intrusionen) oder einem zeitlichen (z.B. bei Veränderungen der Kognition) Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis entwickelten. Wir wählten deshalb die Formulierung „das schlimme Geschehen“, um innerhalb der Items die geforderte Verbindung herzustellen, die sich sowohl auf ein einzelnes Ereignis als auch wiederholte Ereignisse beziehen lässt. Wenn es möglich war, kürzten wir die Formulierung oder ließen sie ganz weg. Eine gewisse Problematik ergab sich dadurch etwa beim Symptom „Reizbarkeit“, das auch ein Bestandteil des Bereichs „Depression“ ist. Konsequenterweise mussten wir dasselbe Symptom im Bereich „Belastungsstörungen“ als eine Veränderung aufgrund des traumatisierenden Ereignisses (bzw. in zeitlicher Abfolge danach) konzipieren, so dass die Symptombezeichnung nun doppelt vorkommt, aber mit zwei unterschiedliche Item-Operationalisierungen verbunden ist.

Von den insgesamt 24 Symptomen in diesem Bereich klassifizierten wir aufgrund der inhaltlichen Analyse 22 als Selbstauskunftssymptome, bei den verbleibenden zwei Symptomen erachteten wir es als notwendig, dass der Diagnostiker sie beurteilt: Wenn eine „Verzerrte Ursachenattribution“ vorliegt, so ist anzunehmen, dass diese von der betroffenen Person nicht als solche erkannt werden kann. Auch ein Ich-Aussage-Item erübrigt sich bei diesem Symptom, weil es viel zu stark mit dem spezifischen, möglicherweise einzigartigen Ablauf des Geschehens verknüpft ist. Das Symptom „Andere dissoziative Zustände“ erfordert ebenfalls das Urteil eines Diagnostikers, weil zum einen die Exploration dieser Phänomene ein spezifisches Fachwissen voraussetzt, es zum anderen aber auch kaum möglich wäre, die Variationsbreite dieser Phänomene in konkrete Einzelbeschreibungen von Ich-Aussage-Items zu zergliedern. Anstattdessen stellten wir dem Diagnostiker eine Definition zur Verfügung, die auf alle aufgeführten Einzelphänomene zutreffen sollte. Dabei orientierten wir uns einerseits an der eigentlichen Wortbedeutung (Trennung von Teilen, die eigentlich zusammengehören) sowie an der Formulierung des ICD-10-Lexikons: „teilweiser oder vollständiger Verlust der normalen Integration zwischen Gedächtnis, Identitätsbewusstsein, Sinneswahrnehmung und Motorik“ (WHO & Dilling, 2009, S. 51). Daraus leiteten wir die folgende, etwas allgemeinere Aussage ab: „In einem dissoziativen Zustand sind einzelne psychische Funktionen nicht mehr zu einer psychisch voll funktionsfähigen Person integriert.“ Die im DSM-5 zu findende Definition, wonach die Dissoziation eine „Abspaltung mentaler Inhalte vom Bewusstsein“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1122) sei, schien uns indes nicht ausreichend, um die diversen Phänomene erfassen zu können.

Außer dem „Psychischen Trauma“ und den „Anderen dissoziativen Zuständen“ konzipierten wir sechs weitere Symptome mit Subspezifikationen, nämlich die „Intrusionen“, die „Flashbacks“, das „Vermeiden von Erinnerungen“, die „Depersonalisation“, die „Derealisation“ und die „Negativen Überzeugungen“. Dabei galt es jeweils, verschiedene Aspekte der jeweiligen Symptome zu erfassen und gleichzeitig die Prägnanz der einzelnen Items durch Eindeutigkeit zu gewährleisten. Zur „Depersonalisation“ ist in der ICD-10 beispielsweise die folgende, von zahlreichen Einzeleindrücken geprägte Textpassage zu lesen:

Die Betroffenen klagen über ein Gefühl von entfernt sein, von „nicht richtig hier“ sein. Sie klagen z.B. darüber, dass ihre Empfindungen, Gefühle und ihr inneres Selbstgefühl losgelöst seien, fremd, nicht ihr eigen, unangenehm verloren, oder dass ihre Gefühle und Bewegungen jemand anderem zu gehören scheinen, oder dass sie das Gefühl haben, in einem Schauspiel mitzuspielen. (WHO & Dilling, 2009, S. 200)

Daraus – sowie aus dem Abgleich mit dem DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1121–1122) – leiteten wir zwei Aspekte ab, nämlich erstens das Erleben, sich selbst von außen zu beobachten („manchmal nehme ich meine Empfindungen und Handlungen wie ein Beobachter von außen wahr“) und zweitens das Erleben einer verzerrten Wahrnehmung des eigenen Handelns und Empfindens („manchmal erlebe ich meine Empfindungen und Handlungen als unwirklich oder verzerrt“).

In der Tabelle 3.61 sind alle 24 Symptome des Bereichs Belastungsstörungen aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.19).

Tabelle 3.61: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Bereichs „Belastungsstörungen“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SU SC	Psychisches Trauma A	Ich habe schreckliche Dinge erlebt, gegen die ich machtlos war.	(Einleitung fürs Interview: Bei den folgenden Fragen fällt es manchen Leuten	Unter einem psychischen Trauma ist ein <u>entsetzliches oder extrem bedrohliches Ereignis</u> – oder eine

				schwer, detailliert zu antworten. Sie können für den Moment auch einfach nur Ja oder Nein sagen.) Haben Sie irgendwann Dinge erlebt, die für Sie sehr schlimm waren und gegen die Sie machtlos waren?	Reihe solcher Ereignisse – zu verstehen. Oft geht es dabei um <u>akute Lebensgefahr</u> oder <u>sexuelle Gewalt</u> . (Klenico; ICD-11 Beta)
1	SA SU SC	Psychisches Trauma B	Mir wurde sexuell etwas angetan.	Wurde Ihnen sexuell etwas angetan?	---
1	SA SU	Psychisches Trauma C	Ich habe in meinem Leben sexuellen Übergriff oder sexuelle Gewalt erlebt.	Haben Sie irgendwann in Ihrem Leben sexuellen Übergriff oder sexuelle Gewalt erlebt?	---
1	SA SU SC	Psychisches Trauma D	Ich habe schon „dem Tod ins Auge geschaut“.	Haben Sie schon „dem Tod ins Auge geschaut“, wie man sagt?	---
1	SA SU	Psychisches Trauma E	Ich war schon tödlicher Gefahr ausgesetzt.	Waren Sie schon unmittelbar einer tödlichen Gefahr ausgesetzt?	---
1	SA SU	Psychisches Trauma F	Ich habe schon schreckliche Todesfälle erlebt.	Haben Sie sehr schlimme, schreckliche Todesfälle erlebt?	---
1	SA SU	Psychisches Trauma G	Ich habe schlimme Dinge erlebt, über die ich normalerweise nicht rede.	Haben Sie andere schlimme Dinge erlebt, die Sie lieber nicht genauer schildern möchten?	---
2	SA SC	Psychosoziale Belastung	Es gab bestimmte Veränderungen in meinem Leben, die mich sehr belasten.	Gab es konkrete Veränderungen in Ihrem Leben, die Sie seither sehr belasten? Z.B.: Scheidung, schwere Krankheit, Behinderung, Migration, sozioökonomische Probleme, Konflikte am Arbeitsplatz oder zu Hause, Ruhestand, ...	Erläuterung: Hier sind <u>einschneidende Lebensveränderungen</u> und psychosoziale Stressoren zu vermerken, welche die betroffene Person <u>als belastend empfindet (außer psychischen Erkrankungen)</u> . Beispiele: Scheidung, schwere Krankheit oder Behinderung, Migration, sozioökonomische Probleme, Konflikte am Arbeitsplatz oder zu Hause, Ruhestand. (Klenico; ICD-10; ICD-11 Beta)

3	SA SU	Intrusionen A	Manchmal bin ich plötzlich in schlimmen Erinnerungen an das Geschehen gefangen.	Sind Sie manchmal plötzlich und ganz stark in schlimmen Erinnerungen an [das Geschehen] gefangen?	Unter Intrusionen sind wiederkehrende, <u>unwillkürlich sich aufdrängende Erinnerungen</u> an das Ereignis zu verstehen. (DSM-5, 2015, S. 374; Klenico)
3	SA SU	Intrusionen B	Manchmal stürzen schlimme Erinnerungen an das Geschehen plötzlich auf mich ein.	Ist es so, dass schlimme Erinnerungen an [das Geschehen] manchmal ganz plötzlich auf Sie einstürzen?	s.o.
4	SA	Belastende Träume	Ich habe immer noch schreckliche Träume über das, was mir zugestoßen ist.	Haben Sie immer noch belastende Träume über das [was Ihnen zugestoßen ist]?	---
5	SA SU SC	Flashbacks: Dissoziation	Ohne es zu wollen, verliere ich manchmal die Verbindung zum Hier und Jetzt.	Verlieren Sie manchmal – ohne es zu wollen – die Verbindung zum Hier und Jetzt, z.B. wenn Sie an ein bestimmtes Erlebnis erinnert werden?	Ein Flashback ist ein dissoziativer Zustand, bei welchem Einzelheiten eines traumatischen Ereignisses in einer Weise wiedererlebt werden, <u>als ob sie in der Gegenwart geschehen würden</u> . (DSM-5; 2015, S. 1124)
5	SA SU	Flashbacks: Erleben	Manchmal fühle ich mich plötzlich in ein schlimmes Ereignis zurückversetzt.	Fühlen Sie sich manchmal plötzlich in ein schlimmes Ereignis zurückversetzt?	s.o.
5	SA SU	Flashbacks: Handeln	Manchmal handle ich so, als wäre ich mitten in einer schlimmen Szene von damals.	Verhalten Sie sich manchmal so, als wären Sie mitten in einer schlimmen Szene [aus dem Geschehen] von damals?	s.o.
6	SA SU	Vermeiden von Erinnerungen A	Ich halte mich von Dingen fern, die mich an das schlimme Geschehen erinnern.	Versuchen Sie, sich von Dingen, Orten oder Personen fernzuhalten, die Sie an [das schlimme Geschehen] erinnern?	---
6	SA SU	Vermeiden von Erinnerungen B	Ich habe meine Strategien, um nicht an das schlimme Geschehen erinnert zu werden.	Versuchen Sie, Erinnerungen an [das schlimme Geschehen] wegzuschieben oder zu verdrängen?	---
7	SA	Traumabezogene Amnesie	An offensichtliche Details des Geschehens kann ich mich einfach nicht erinnern.	Gibt es Details des Geschehens, bei denen Sie sich selbst wundern, dass Sie	---

				sich nicht daran erinnern können?	
8	SA	Hypervigilanz	Ich habe ständig das Gefühl, es könnte gleich wieder etwas Schlimmes passieren.	Haben Sie ständig das Gefühl, es könnte gleich wieder etwas Schlimmes passieren?	Hypervigilanz ist ein Zustand <u>erhöhter sensorischer Empfindlichkeit</u> , begleitet durch übersteigerte Verhaltensweisen, die der <u>Entdeckung von Bedrohungen</u> dienen. (DSM-5, 2015, S. 1126)
9	SA	Erhöhte Schreckhaftigkeit	Ich erschrecke häufiger als vor dem Geschehnis.	Erschrecken Sie insgesamt häufiger als vor [dem Geschehen]?	---
10	SA SU	Depersonalisation A	Manchmal nehme ich meine Empfindungen und Handlungen wie ein Beobachter von außen wahr.	Geschieht es manchmal, dass Sie plötzlich Ihre eigenen Empfindungen oder Handlungen wie als Beobachter von außen wahrnehmen?	Depersonalisation ist die Erfahrung des <u>Losgelöstseins</u> und das Gefühl, die eigenen Gedanken, Körperempfindungen und das eigene Verhalten <u>von außen zu beobachten</u> (z.B. Gefühl, als sei man im Traum; Gefühl der Unwirklichkeit des Selbst, Wahrnehmungsveränderungen; emotionale und/oder körperliche Taubheit; Verzerrung der Zeitwahrnehmung, Unwirklichkeitsgefühl). (DSM-5, 2015, S. 1120)
10	SA SU	Depersonalisation B	Manchmal erlebe ich meine Empfindungen und Handlungen als unwirklich oder verzerrt.	Geschieht es manchmal, dass Sie plötzlich Ihre eigenen Empfindungen oder Handlungen als unwirklich wahrnehmen?	s.o.
11	SA SU	Derealisation A	Manchmal nehme ich das Hier und Jetzt wie ein Beobachter von außen wahr.	Geschieht es manchmal, dass Sie die Situation, in der Sie gerade sind, plötzlich wie ein Beobachter von außen wahrnehmen?	Derealisation ist die Erfahrung, sich <u>von der äußeren Umgebung distanziert</u> zu fühlen, als sei man ein Beobachter von außen (z.B. werden Menschen oder Gegenstände als unwirklich, traumhaft, neblig, leblos oder optisch verzerrt wahrgenommen). (DSM-5; 2015, S. 1122)
11	SA SU	Derealisation B	Manchmal erlebe ich das Hier und Jetzt als unwirklich, neblig oder wie im Traum.	Geschieht es manchmal, dass Sie die Umwelt plötzlich als unwirklich, neblig oder wie im Traum wahrnehmen?	s.o.

12	SA	Reizbarkeit	Leute, die mich kennen, sagen, ich sei gereizter als vor dem Geschehnis.	Wurde Ihnen von vertrauten Personen gesagt, Sie seien gereizter als vor dem Geschehen? Empfinden Sie das so?	---
13	SA	Wutausbrüche	Seit dem Geschehen geht oft die Wut mit mir durch.	Geht seit [dem schlimmen Geschehen] oft die Wut mit Ihnen durch? Haben Sie häufiger Wutausfälle?	---
14	SA	Riskantes Verhalten	Seit dem Geschehen suche ich öfter mal das Risiko oder einen Nervenkitzel.	Suchen Sie seit [dem schlimmen Geschehen] öfter als zuvor das Risiko, den Nervenkitzel?	---
15	SA	Vermehrte Furcht	Ich bin ängstlicher geworden seit dem schlimmen Geschehen.	Sind Sie seit [dem schlimmen Geschehen] ängstlicher geworden?	---
16	SA	Vermehrter Ärger	Ich ärgere mich häufiger über Dinge als vor dem schlimmen Geschehen.	Ärgern Sie sich seit [dem schlimmen Geschehen] häufiger über Dinge als zuvor?	---
17	SA	Häufig wiederkehrende Scham	Seit dem schlimmen Geschehnis schäme ich mich sehr oft.	Empfinden Sie seit [dem, was Ihnen zugestoßen ist] große Scham?	---
18	SA	Ständige Schuldgefühle	Seit dem schlimmen Geschehnis habe ich sehr oft Schuldgefühle.	Haben Sie seit [dem schlimmen Geschehen] Schuldgefühle?	---
19	SA SU	Negative Überzeugungen: Misanthropie	Ich glaube nicht mehr an das Gute im Menschen.	Würden Sie sagen, dass Sie den Glauben an das Gute im Menschen verloren haben?	---
19	SA SU	Negative Überzeugungen: Negative Selbstüberzeugung	Ich glaube nicht mehr an das Gute in mir.	Denken Sie seit [dem schlimmen Geschehen] Schlechtes von sich selber?	---
19	SA SU	Negative Überzeugungen: Misstrauen	Ich kann anderen Menschen nicht mehr vertrauen.	Fällt es Ihnen seit [dem Geschehnis] schwer, anderen Menschen zu vertrauen?	---
20	SA	Absenz positiver Gefühle	Seit dem, was mir zugestoßen ist, bin kaum noch zufrieden.	Haben Sie seit [dem schlimmen Geschehen] angenehme Gefühle verloren (z.B.	---

				Zufriedenheit, Zuneigung)?	
21	SA	Entfremdung von anderen	Es ist, als wären mir vertraute Menschen fremd geworden.	Haben Sie manchmal das Gefühl, wie durch eine dicke Glaswand von anderen Menschen getrennt zu sein?	---
22	SA	Aktivitäten-Vernachlässigung	Ich vernachlässige Aktivitäten, die mir vor dem Geschehen wichtig waren.	Vernachlässigen Sie Aktivitäten, die Ihnen vor [dem schlimmen Geschehen] wichtig waren (z.B. Hobbies, Vereinstätigkeit, soziale Kontakte)?	---
23	DI	Verzerrte Ursachenattribution	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren)	Erläuterung: Hier ist zu vermerken, wenn die betroffene Person die <u>Ursache für das traumatisierende Geschehen</u> entweder bei sich selbst oder bei einer anderen Person sieht, während eine vertiefende Exploration des Geschehens klar zeigt, dass diese <u>Ursachenzuschreibung falsch oder zu einseitig</u> ist. Bsp.: Eine Mutter gibt sich die Schuld, dass sie ihre Kinder vor einer unvorhersehbaren Naturkatastrophe nicht in Sicherheit gebracht hat. (Klenico)
24	DI SU	Andere dissoziative Zustände: Dissoziative Empfindungsstörungen	---	Haben Sie manchmal Störungen beim Sehen, Hören, Riechen, Fühlen, die medizinisch nicht erklärt werden können?	In einem dissoziativen Zustand sind einzelne psychische Funktionen <u>nicht mehr zu einer psychisch voll funktionsfähigen Person integriert</u> . So können beispielsweise Erinnerungen das aktuelle Erleben stark einschränken, Empfindungen oder die Willkürmotorik ausfallen, oder das Erleben des Selbst als eine einheitliche Identität verloren gehen. Patienten sind <u>manchmal nur beschränkt oder gar nicht ansprechbar</u> („weggetreten“), reagieren kaum auf Außenreize, weisen aber dennoch <u>Muskeltonus und intakte Atmung</u> auf. (Klenico)

24	DI SU	Andere dissoziative Zustände: Dissoziative Bewegungsstörungen	---	Können Sie manchmal plötzlich Körperteile nicht mehr bewegen – ohne körperliche Ursache?	s.o.
24	DI SU	Andere dissoziative Zustände: Dissoziative Fugue	---	Kam es vor, dass Sie sich plötzlich an einem Ort befanden, ohne zu wissen, wie Sie dorthin gelangt sind – ohne Alkoholeinfluss o.ä.?	s.o.
24	DI SU	Andere dissoziative Zustände: Dissoziativer Stupor	---	Wurde Ihnen schon gesagt, Sie seien zwar wach, aber plötzlich nicht mehr richtig ansprechbar gewesen?	s.o.
24	DI SU	Andere dissoziative Zustände: Dissoziative Krampfanfälle	---	(aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	s.o.
24	DI SU	Andere dissoziative Zustände: Trance-Zustände	---	(aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	s.o.
24	DI SU	Andere dissoziative Zustände: Bessensheitszustände	---	(aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	s.o.
24	DI SU	Andere dissoziative Zustände: Dissoziative Identitätsstörung	---	(aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	s.o.

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation, s.o. = siehe oben

3.2.5.20. Items zu Demenzen

Wie im Abschnitt zu den Demenz-Symptomen (vgl. 3.2.4.20) erläutert, lag der Fokus für diesen Bereich nicht (wie bei den anderen Bereichen) auf der Zusammenstellung einer möglichst umfassenden und vollständigen Symptomatik. Das Ziel lag viel mehr darin, ein etwas weiter gefasstes Screening sowie eine Dokumentationsplattform für Hinweise auf neurodegenerative Entwicklungen in das Klenico-System zu integrieren. Entsprechend wählten wir von den im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 811–881) und in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 24–40) zu findenden Merkmale diejenigen aus, die im vorgegebenen

Rahmen der Klenico-Software gut zu operationalisieren waren. Die getroffene Auswahl beläuft sich auf insgesamt 19 Symptome, von denen wir aufgrund der inhaltlichen Analyse acht als Selbstauskunftssymptome klassifizierten und die restlichen elf als Diagnostiker-Symptome. Von den acht Selbstauskunftssymptomen konzipierten wir fünf mit Subspezifikationen, nämlich „Gedächtnis – deklarativ“, „Gedächtnis – prozedural“, „Komplexe Aufgaben / Planung“, „Enthemmung“ und „Örtliche Desorientierung“.

Der Umstand, dass die resultierende Symptomzusammenstellung viel weniger eng an die Semantik der diagnostischen Kriterien gebunden ist als bei den übrigen Bereichen, hatte gerade bei den Selbstauskunftssymptomen ein inhaltlich sehr viel offeneres Feld bei der Item-Formulierung zur Folge. Die Tabelle zu den „neurokognitiven Domänen“ im DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 813–817) bot diesbezüglich zwar zahlreiche Anhaltspunkte, deren Fülle aber den Rahmen eines erweiterten Screenings deutlich gesprengt hätte. Auf Anraten von Prof. Förstl (persönliche Kommunikation, 12. Januar 2017) nahmen wir anstattdessen die zahlreichen im Internet verfügbaren Kurzfragebögen zu Demenzerkrankungen als Grundlage, um daraus einen adäquaten Item-Pool zusammenzustellen. Die Quellen hierfür waren unter anderem die Internetseite des Deutschen Grünen Kreuzes (DGK, 2020), die Internetseite „Demenz aktuell“ (Zarenga, 2020) oder die Internetseite des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA, 2020). Die solcherart publizierten Items übernahmen wir aber nicht eins zu eins, sondern adaptierten sie auf die ausgewählten Symptome. Mit diesem Vorgehen verfolgten wir das Ziel, das subjektive Selbsterleben der Betroffenen und damit die Selbstauskunft als Ausgangsbasis für die Symptomexploration auch im Bereich der Demenzen zu integrieren. Dieses Ansinnen steht überdies im Einklang mit den DSM-5-Kriterien zur NCD, wonach die „Besorgtheit des Patienten (...) dass eine [leichte / erhebliche] Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeiten stattgefunden hat“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 827 und 829) als Basis für einen entsprechenden Nachweis dienen kann.

Einige Items thematisierten wir auch im Gespräch mit Prof. Förstl (persönliche Kommunikation, 12. Januar 2017), der seinerseits wiederum gewisse inhaltliche Anstöße gab. Das war beispielsweise beim Symptom „Enthemmung“ der Fall, zu dem er die Bemerkung beisteuerte, dass er es diagnostisch für durchaus relevant hält, wenn bei einem älteren Menschen die Häufigkeit von erhaltenen Strafzetteln oder Manungen zunimmt. Daraus konstruierten wir das Item „in letzter Zeit habe ich häufiger Strafzettel oder Mahnungen erhalten“. Ebenso diskutierten wir mit ihm alltagsbezogene Beobachtungen wie beispielsweise, dass betroffene

Personen zunehmend Mühe haben, sich die Bedienung von neu erworbenen Geräten zu merken, was für sie in der subjektiven Erlebensweise ein deutlich höherer Bedienaufwand mit einer beständig hohen Fehlerquote bedeutet und letztlich in Frustration umschlägt. Hierzu formulierten wir das Item „in letzter Zeit habe ich weniger Lust, neue Geräte zu bedienen (z.B. Waschmaschine, Handy)“ und ordneten es dem Symptom „Gedächtnis – prozedural“ zu.

Insgesamt fünf Diagnostiker-Symptome stehen zur Verfügung, um die Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit einzuordnen, namentlich „Schleichender Beginn“, „Plötzlicher Beginn“, „Allmähliche Verschlechterung“, „Rasche Verschlechterung“ und „Stufenweise Verschlechterung“, woraus sich gewisse Rückschlüsse auf das neuropathologische Geschehen ziehen lassen. Bei weiteren sechs Diagnostiker-Symptomen ergaben sich inhaltliche Schnittstellen zu etablierten neuropsychologischen Testverfahren wie etwa zum Mini Mental Status Test (MMST; Kessler, Markowitsch & Denzler, 2000), zur Clinical Dementia Rating (CDR; Hughes et al., 1982) oder zur Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2004). Das war der Fall bei den Symptomen „Örtliche Desorientierung“, „Zeitliche Desorientierung“, „Komplexe Aufmerksamkeit“, „Delayed Recall“, „Verbal Fluency“ und „Visuo-Konstruktion“. Da wir aber dem Diagnostiker auch eine Möglichkeit zur Beurteilung der Symptome bieten wollten, ohne auf die genannten Testverfahren zurückgreifen zu müssen, formulierten wir jeweils auch eine kurze Beschreibung des Testparadigmas.

In der Tabelle 3.62 sind alle 19 Symptome des Bereichs Demenzen aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.20).

Tabelle 3.62: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Bereichs „Demenzen“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	SA SU SC	Gedächtnis – deklarativ A	In letzter Zeit muss ich mir alles Mögliche aufschreiben (z.B. eine kurze Einkaufsliste), sonst vergesse ich es.	Mussten Sie in letzter Zeit alles Mögliche aufschreiben (z.B. eine kurze Einkaufsliste), damit Sie es nicht vergessen?	---

1	SA SU	Gedächtnis – deklarativ B	In letzter Zeit wurde mir öfter gesagt, dass ich die Namen aus meiner Familie oder von Freunden verwechsle.	Wurde Ihnen in letzter Zeit öfter gesagt, dass Sie die Namen aus Ihrer Familie oder von Freunden verwechseln?	---
1	SA SU	Gedächtnis – deklarativ C	Wenn ich eine Geschichte lese oder höre, verliere ich in letzter Zeit öfters den roten Faden.	Verlieren Sie in letzter Zeit öfters den roten Faden, wenn Sie eine Geschichte lesen oder hören?	---
1	SA SU	Gedächtnis – deklarativ D	In letzter Zeit wurde mir öfter gesagt, dass ich die gleiche Frage schon einmal gestellt habe.	Wurde Ihnen in letzter Zeit öfter gesagt, dass Sie die gleiche Frage schon einmal gestellt hätten?	---
2	SA SU	Gedächtnis – prozedural A	In letzter Zeit unterlaufen mir öfters Fehler beim Kochen, beim Waschen oder beim Ankleiden.	Unterlaufen Ihnen in letzter Zeit öfters Fehler beim Kochen, beim Waschen oder beim Ankleiden?	---
2	SA SU	Gedächtnis – prozedural B	In letzter Zeit mache ich mehr mit der Hand statt mit komplizierten Geräten.	Fällt es Ihnen in letzter Zeit schwerer, den Umgang mit einem neuen Haushaltgerät zu lernen?	---
2	SA SU	Gedächtnis – prozedural C	In letzter Zeit habe ich weniger Lust, neue Geräte zu bedienen (z.B. Waschmaschine, Handy).	Sind Sie manchmal nicht mehr sicher, wie Sie Ihre Haushaltgeräte richtig bedienen – z.B. die Fernbedienung oder die Mikrowelle – obwohl Sie es früher gut konnten?	---
3	SA SC	Wortfindungsstörungen	In letzter Zeit fällt mir oft das richtige Wort nicht ein – auch für alltägliche Dinge.	Fällt Ihnen in letzter Zeit oft das richtige Wort nicht ein – auch für alltägliche Dinge?	---
4	SA SU	Komplexe Aufgaben / Planung A	In letzter Zeit fällt es mir schwerer, ein Festessen für einen Feiertag zu planen.	Fällt es Ihnen in letzter Zeit schwerer, ein Festessen für einen Feiertag zu planen?	---
4	SA SU	Komplexe Aufgaben / Planung B	In letzter Zeit bereitet es mir mehr Mühe, meine Rechnungen zu bezahlen.	Bereitet es Ihnen in letzter Zeit mehr Mühe, Ihre Rechnungen zu bezahlen oder Überweisungen zu tätigen?	---
4	SA SU	Komplexe Aufgaben / Planung C	Beim Einkaufen verschätze ich mich in letzter Zeit häufiger in	Verschätzen Sie sich beim Einkaufen in letzter Zeit häufiger in	---

			der Menge – z.B. wie viele Eier ich brauche.	der Menge – z.B. wie viele Eier Sie brauchen?	
5	SA SU	Enthemmung A	Ich höre in letzter Zeit häufiger, dass ich rücksichtsloser geworden sei.	Wird Ihnen in letzter Zeit häufiger gesagt, dass Sie rücksichtsloser geworden seien?	---
5	SA SU	Enthemmung B	Mir wird in letzter Zeit öfter gesagt, dass ich mich falsch verhalten habe.	Wird Ihnen in letzter Zeit öfter gesagt, dass Sie sich falsch verhalten haben?	---
5	SA SU SC	Enthemmung C	In letzter Zeit habe ich häufiger Strafzettel oder Mahnungen erhalten.	Haben Sie in letzter Zeit häufiger Strafzettel oder Mahnungen erhalten?	---
6	SA	Stimmungsschwankungen	In letzter Zeit ist meine Stimmung oft gekippt – früher war das weniger so.	Kippt Ihre Stimmung in letzter Zeit öfter als früher? War Ihre Stimmung früher ausgeglichener?	---
7	SA SU	Örtliche Desorientierung A	In letzter Zeit hatte ich öfters Probleme, mich im Straßenverkehr zurecht zu finden.	Können Sie mir den Ort nennen, an dem wir gerade sind? Und die Stadt?	Die betroffene Person weiß ihren <u>aktuellen Aufenthaltsort</u> nicht zu benennen. Eine systematische Testung ist in folgenden Erhebungsinstrumenten enthalten: – Clinical Dementia Rating (CDR) – Montreal Cognitive Assessment (MoCA) – Mini Mental Status Test (MMST) (Klenico; vgl. DSM-5, 2015, S. 1122)
7	SA SU SC	Örtliche Desorientierung B	In letzter Zeit habe ich mich öfters verlaufen – obwohl ich die Gegend oder den Ort eigentlich kenne.	Können Sie mir den Ort nennen, an dem wir gerade sind? Und die Stadt?	s.o.
8	SA	Zeitliche Desorientierung	In letzter Zeit wusste ich manchmal nicht, welchen Monat oder welches Jahr wir haben.	Können Sie mir das heutige Datum nennen (Tag, Wochentag, Monat, Jahr, Jahreszeit)?	Die betroffene Person weiß die <u>Tageszeit</u> , das <u>Datum</u> oder die <u>Jahreszeit</u> nicht anzugeben. Eine systematische Testung ist in folgenden Erhebungsinstrumenten enthalten: – Clinical Dementia Rating (CDR) – Montreal Cognitive Assessment (MoCA) – Mini Mental Status Test (MMST)

				(Klenico; vgl. DSM-5, 2015, S. 1122)	
9	DI	Schleichender Beginn	---	Wie haben Sie gemerkt, dass Ihr Gedächtnis oder Ihre Orientierung schlechter wurde? War das schleichend, nach und nach, oder eher abrupt?	Hier ist die <u>Art des Erstauftretens</u> einer breiten Demenzsymptomatik zu vermerken. Schleichender Beginn meint, dass die Erstsymptome <u>über einen Zeitraum von Monaten oder Jahren</u> nach und nach auftraten. (Klenico)
10	DI	Plötzlicher Beginn	---	Können Sie einen bestimmten Zeitpunkt benennen, an dem plötzlich ganz Vieles schlechter ging mit dem Gedächtnis oder der Orientierung?	Hier ist die <u>Art des Erstauftretens</u> einer breiten Demenzsymptomatik zu vermerken. Plötzlicher Beginn meint, dass sich die Erstsymptome <u>zu einem angegebenen Zeitpunkt</u> manifestierten. (Klenico)
11	DI	Allmähliche Verschlechterung	---	Haben Sie im letzten Jahr eine rasche Verschlechterung bemerkt, oder ging das eher nach und nach?	Hier ist die <u>Art des Krankheitsverlaufs</u> einer breiten Demenzsymptomatik zu vermerken. Allmähliche Verschlechterung meint, dass sich die Symptomatik über einen Zeitraum von <u>mind. 1 Jahr nach und nach</u> manifestierte. (Klenico)
12	DI	Rasche Verschlechterung	---	Haben Sie den Eindruck, dass es im letzten halben Jahr eine deutliche, rasche Verschlechterung gab?	Hier ist die <u>Art des Krankheitsverlaufs</u> einer breiten Demenzsymptomatik zu vermerken. Rasche Verschlechterung meint, dass die Symptomatik über einen Zeitraum von <u>weniger als sechs Monaten deutlich zunahm</u> . (Klenico)
13	DI	Stufenweise Verschlechterung	---	Würden Sie sagen, dass sich die Verschlechterung stufenweise zeigte? Dass mit einem Mal ganz vieles nicht mehr ging und dieser Zustand blieb bis zur nächsten Verschlechterung?	Hier ist die <u>Art des Krankheitsverlaufs</u> einer umfassenden Demenzsymptomatik zu vermerken. Stufenweise Verschlechterung meint, dass die Symptomatik <u>zu verschiedenen Zeitpunkten jeweils deutlich gehäuft zunahm</u> . (Klenico)
14	DI	Intentionskonfundierung	---	Passiert es in letzter Zeit, dass Sie Dinge an völlig falsche Orte	Bei einer Intentionskonfundierung werden <u>unter-</u>

				legen – z.B. die Zahnbürste in den Kühlschrank?	<u>schiedliche Handlungsabsichten</u> von der betroffenen Person <u>unabsichtlich vermischt</u> . So überlagert sich beispielsweise das Verräumen eines Gegenstandes mit dem Hervorholen eines anderen Gegenstandes, was in einem teilweise grotesken Verlegen von Dingen resultieren kann. (Klenico)
15	DI	Fluktuation der Kognition	---	(aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	Unter Fluktuation der Kognition sind im Zusammenhang mit Demenzen deutliche <u>Schwankungen der Aufmerksamkeit und der Wachheit</u> zu verstehen. Solche Schwankungen können, müssen sich aber nicht während des diagnostischen Gesprächs zeigen. Deshalb sollte zur diagnostischen Beurteilung dieses Symptoms immer eine <u>Fremdanamnese</u> durch eine dem Patienten nahestehende Person eingeholt werden. (Klenico; DSM-5, S. 848)
16	DI	Komplexe Aufmerksamkeit	---	(aus Testungen zu erschließen)	Unter Aufmerksamkeit versteht man die Fähigkeit, sich <u>länger kontinuierlich</u> auf einen bestimmten Reiz oder eine Aufgabe zu <u>konzentrieren</u> . Komplexe Aufmerksamkeit bedeutet, dass relevante Inhalte für eine bestimmte Aufgabe <u>auch bei Unterbrechungen</u> im Arbeitsgedächtnis beibehalten werden, so dass der <u>Wechsel zwischen mehreren Aufgaben</u> zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung führt. Eine systematische Testung besteht z.B. in einer Subtraktionsaufgabe (100 – 7 – 7 – 7 = ?), die unterbrochen und nach einer Zwischenaufgabe fortgesetzt wird (letzte Zahl – 7 – 7 – 7 = ?). Alternativen sind in folgenden Erhebungsinstrumenten zu finden: – Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

					– Mini Mental Status Test (MMST) (Klenico; DSM-5, 2015, S. 1121)
17	DI	Delayed Recall	---	(aus Testungen zu erschließen)	<p>Delayed Recall (zeitversetzter Abruf) ist eine Methode zur Testung der unmittelbaren Gedächtnisspanne.</p> <p>Der Proband merkt sich 5 Wörter, die er nach einer standardisierten Distraction wieder benennen soll.</p> <p>Eine systematische Testung ist in folgenden Erhebungsinstrumenten zu finden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Clinical Dementia Rating (CDR) – Montreal Cognitive Assessment (MoCA) – Mini Mental Status Test (MMST) – Demenz-Detektion (DETECT). <p>(Klenico)</p>
18	DI	Verbal Fluency	---	(aus Testungen zu erschließen)	<p>Verbal Fluency (Wortflüssigkeit) ist eine Methode zur Testung der <u>Sprachproduktion</u>.</p> <p>Der Proband soll in 1 Minute so viele Wörter wie möglich aus einer bestimmten Kategorie ("Was findet man im Supermarkt?"; Tiere im Tiergarten) aufzählen.</p> <p>Eine systematische Testung ist in folgenden Erhebungsinstrumenten enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Montreal Cognitive Assessment (MoCA) – Mini Mental Status Test (MMST) – Demenz-Detektion (DETECT). <p>(Klenico)</p>
19	DI	Visuo-Konstruktion	---	(aus Testungen zu erschließen)	<p>Unter Visuo-Konstruktion versteht man das Zusammenfügen von Teilen mit <u>Anforderung an die Hand-Auge-Koordination</u>, z.B. das Abzeichnen von zwei sich überkreuzenden Fünfecken.</p> <p>Eine systematische Testung ist in folgenden Erhebungsinstrumenten zu finden:</p>

-
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
 - Mini Mental Status Test (MMST): Uhrenzeichentest (DSM-5, 2015, S. 816; Klenico)
-

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, SU = mit Subspezifikation, s.o. = siehe oben

3.2.5.21. Items zu Intensivmerkmalen

Der Grund für die Etablierung eines eigenständigen Bereichs mit Intensivmerkmalen lag – wie unter 3.2.4.21 ausführlicher erläutert – darin, dass Gefahrenpotenziale für eine Behandlung wie etwa Suizidalität oder Gewaltbereitschaft unabhängig vom Screening-Verfahren (vgl. 1.4.5) bei jedem Patienten erfasst werden sollten. Die Basis dazu stellte der Abschnitt „Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS; DIMDI, 2020a) dar. Die darin enthaltenen Merkmale übernahmen wir ohne wesentliche Änderungen und ohne Auslassungen, damit die inhaltliche Verbindung zum OPS als Abrechnungsvehikel des deutschen Gesundheitssystems erhalten bleibt.

Eine gewisse Differenzierung nahmen wir allerdings beim Merkmal Suizidalität vor: Hierzu konzipierten wir vier zusätzliche Symptome, nämlich „Gedanken an den Tod“, „Suizidgedanken“, „Geplanter Suizid“ und „Suizidversuch“, die in dieser Reihenfolge eine abgestufte Erfassung suizidaler Tendenzen ermöglichen. Die vier Stufen entsprechen im Übrigen den Ausführungen in der S3-Leitlinie zu unipolarer Depression, worin beispielsweise die erste Stufe mit „Wunsch nach Ruhe oder Pause („passiver Todeswunsch““ (AWMF, 2015b, S. 160) beschrieben wird. Da uns der erste Teil dieser Formulierung zu allgemein und daher auch nicht passend zum eingeklammerten zweiten Teil erschien, wählten wir anstattdessen das Item „manchmal denke ich, dass es besser wäre, tot zu sein“, worin immer noch eine passive Haltung zum Ausdruck kommt. Das ändert sich allerdings mit dem Übergang zur zweiten Stufe, auf der suizidale Handlungsoptionen bereits mit aktiverem Impetus mental erprobt werden. Dafür formulierten wir das Item „mir kommen ab und zu Gedanken, mir das Leben zu nehmen“, dessen erster Satzteil das suizidale Stadium immer noch in einem passiven Erleben von aufsteigenden oder überkommenden Gedanken verortet, während der zweite Satzteil eine aktive Handlung impliziert. Auf der dritten Stufe fällt das mental abwägende Schwanken zwi-

schen passiver Haltung und aktiver Handlung weg, und die betroffene Person ist von konkreten Handlungsplanungen eingenommen. Für diesen Zustand wählten wir das Item „ich habe mir schon überlegt, wie ich mir das Leben nehmen könnte“. Die vierte Stufe macht schließlich deutlich, dass der Übergang von der Handlungsplanung in die Umsetzung von Taten in der Vergangenheit bereits erfolgt war, wofür wir die Aussage „ich habe schon versucht, mir das Leben zu nehmen“ wählten. Desweiteren erläutert die S3-Leitlinie, dass erstens die genannten vier Stadien nicht in jedem Fall linear ablaufen, und dass zweitens gerade das dritte Stadium der Suizidplanung oft nicht mitgeteilt bzw. sogar aktiv verschwiegen wird (AWMF, 2015b). Um diese Problematik im Rahmen des Klenico-Systems angemessen zu berücksichtigen, konzipierten wir die vier oben genannten Symptome als Indikator-Items (vgl. 2.2.4.4) für das zusätzliche Diagnostiker-Symptom „Suizidalität“. Die Verschaltung der vier inhaltlich abgestuften Symptome auf ein einzelnes Diagnostiker-Symptom hat technisch gesehen zur Folge, dass der Diagnostiker die Information über den Abstufungsgrad erst gar nicht erhält und dadurch angehalten wird, die Symptomausprägung selbst einzuschätzen. Hierfür gaben wir wiederum vier abgestufte Frage-Items vor, die inhaltlich analog zu den Ich-Aussage-Items gestaltet sind, dabei aber auch die von Prof. Hegerl (persönliche Kommunikation, 10. Oktober 2016) genannten Formulierungsvorschläge berücksichtigen. Der Grund, weshalb wir die vier abgestuften Symptome dennoch der Gruppe der Selbstauskunftssymptome zuordneten, lag in der zukünftigen Implementierung in eine Symptomkarte, worin die Selbstauskunftssymptome (im Gegensatz zu den sonst verwendeten Indikator-Items) als eigenständige Symptompunkte dauerhaft sichtbar bleiben.

Von den insgesamt 16 Symptomen dieses Bereichs kategorisierten wir vier als Selbstauskunftssymptome und die restlichen zwölf als Diagnostiker-Symptome. Wie eben geschildert konzipierten wir die vier Selbstauskunftssymptome zusätzlich als Indikator-Items für das Diagnostiker-Symptom „Suizidalität“. Zwei weitere Indikator-Items legten wir für die Diagnostiker-Symptome „Selbstverletzungen“ und „Gewaltbereitschaft“ fest. Für diese wie auch für die übrigen Diagnostiker-Symptome formulierten wir jeweils eine Erläuterung oder eine Definition, die weitgehend den Inhalten des OPS (DIMDI, 2017) entsprechen. Die Thematik Suizidalität bzw. deren Erfassung bei Patienten diskutierten ausführlich mit Prof. Hegerl (persönliche Kommunikation, 10. Okt. 2016), ein Experten-Review des Bereichs Intensivmerkmale fand aber nicht statt.

In der Tabelle 3.63 sind alle 16 Symptome des Bereichs Intensivmerkmale aufgeführt, dazu jeweils die Symptom-Art, das Selbstauskunfts-Item, das entsprechende Frage-Item und

gegebenenfalls Definitionen, Erläuterungen oder Hinweise. Die verwendeten Abkürzungen sind am Ende der Tabelle erläutert. Die Laufnummern in der ersten Spalte wurden nur für Symptome (nicht für Subspezifikationen) vergeben und finden sich auch in der Tabelle zur Symptom-Extraktion dieses Bereichs (vgl. 3.2.4.21).

Tabelle 3.63: Selbstauskunfts- und Frage-Items sowie ggf. Definitionen zu allen Symptomen des Bereichs „Intensivmerkmale“.

#	Symptom-Art	Symptombezeichnung	Selbstauskunfts-Item	Frage-Item	Definition / Erläuterung / Hinweise
1	(SA) IND	Gedanken an den Tod	Manchmal denke ich, dass es besser wäre, tot zu sein.	---	---
2	(SA) IND	Suizidgedanken	Mir kommen ab und zu Gedanken, mir das Leben zu nehmen.	---	---
3	(SA) IND	Geplanter Suizid	Ich habe mir schon überlegt, wie ich mir das Leben nehmen könnte.	---	---
4	(SA) IND	Suizidversuch	Ich habe schon versucht, mir das Leben zu nehmen.	---	---
5	DI IND	Suizidalität	---	<p>Stufe 1: Kennen Sie solche Gedanken, dass Ihr Leben nicht mehr lebenswert sei? Oder dass es besser wäre, tot zu sein?</p> <p>Stufe 2: Denken Sie manchmal daran, sich etwas anzutun oder „Schluss zu machen“?</p> <p>Stufe 3: Wüssten Sie denn, wie Sie sich das Leben nehmen würden? Haben Sie etwas Konkretes geplant?</p> <p>Stufe 4: Haben Sie irgendwann mal versucht, sich das Leben zu nehmen?</p>	<p>Erläuterung: Wenn dieses Symptom markiert ist, hat der Patient mind. 1 von 4 Eskalationsstufen als zutreffend bezeichnet. Im Gespräch ist dann eine sorgfältige <u>Abklärung aller vier Eskalationsstufen</u> angezeigt. In der Schweregradbestimmung ist das Symptom gemäß der höchsten zutreffenden Eskalationsstufe anzuordnen. (Klenico)</p>
6	DI IND	Selbstverletzungen	Manchmal ritze oder schneide ich mich oder führe mir Brandwunden zu.	Kommt es vor, dass Sie sich selbst Verletzungen zufügen? (Z.B. sich ritzen, sich	---

				schneiden, die Haut verbrennen)	
7	DI IND	Gewaltbereitschaft	Gewisse Leute machen mich so wütend, dass ich die Kontrolle über mich verlieren könnte.	Hatten Sie in letzter Zeit Impulse, jemandem etwas anzutun? Wie stark beeinflusst Sie das?	Erläuterung: Der Patient signalisiert eine <u>akute Bereitschaft, Gewalt gegen Andere anzuwenden</u> . Das kann entweder durch <u>verbale Aggression</u> geschehen oder durch <u>reflektierte Selbstauskunft</u> . Im zweiten Fall ist abzuklären, wie gut er sich von gewalttätigen Impulsen distanzieren kann. (Klenico)
8	DI	Gewalttätigkeit	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Erläuterung: Der Patient ist <u>offensichtlich akut gewalttätig</u> (z.B. vorsätzliches Beschädigen von Mobiliar, Handgreiflichkeiten gegenüber anderen Menschen). (Klenico)
9	DI	Anderes selbstschädigendes Verhalten	---	(aus Äußerungen des Patienten zu interpretieren)	Erläuterung: Das Symptom ist zu markieren, wenn der Patient selbstschädigendes Verhalten zeigt oder androht, das <u>akut lebensbedrohlich</u> sein kann, das jedoch nicht den Kategorien Selbstverletzung und Suizidalität zugeordnet werden kann. (Bsp.: Selbstvergiftung) (Klenico)
10	DI	Nahrungsverweigerung	---	(aus Beobachtung oder Außenanamnestik zu erschließen)	Die betroffene Person verweigert selbst das Minimum an überlebensnotwendiger Nahrungsaufnahme. (Klenico)
11	DI	Keine eigenständige Ernährung	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn die Ernährung vollkommen von Dritten übernommen werden muss (nicht bei alleiniger Sondenernährung oder alleiniger parenteraler Ernährung). (OPS 2017)
12	DI	Gesteigerte Antriebsstörung	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Erläuterung: Das Merkmal ist erfüllt, wenn der Patient ständig aktiv ist, sich durch Gegenargumente nicht beeindrucken

					lässt und selbst persönliche Konsequenzen nicht zur Kenntnis nimmt oder sie ihm nichts ausmachen. (OPS 2017)
13	DI	Reduzierte Antriebsstörung	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Erläuterung: Das Merkmal ist erfüllt, wenn Anregungen von außen den Patienten kaum oder gar nicht mehr erreichen. Die Alltagsverrichtungen sind beeinträchtigt. Hierzu gehört auch der Stupor. (OPS 2017)
14	DI	Fehlende Orientierung	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Erläuterung: Hierbei geht es um Selbstgefährdung (z.B. Stürze ohne Fremdeinfluss) aufgrund von nicht ausreichend vorhandener Orientierung. (OPS 2017)
15	DI	Schwere Realitätsverken- nung	---	(aus der Beobachtung zu erschließen)	Erläuterung: Hierbei geht es um Selbst- oder Fremdgefährdung aufgrund einer schweren Realitätsverken- nung. (Klenico; OPS 2017)
16	DI	Sicherungsmaß- nahmen	---	---	Erläuterung: Es besteht die Notwendigkeit des Ein- satzes (oder der steten Be- reitschaft) von individuel- len Sicherungsmaßnahmen, d.h. Beschränkungen der körperlichen Bewegungs- freiheit gegen den Willen des Patienten (z.B. Fixie- rung, Isolierung). (Klenico; OPS 2017)

Abkürzungen: SA = Selbstauskunfts-Item, DI = Diagnostiker-Item, SC = Screening-Item, IND = Indikator-Item

3.3. Anzahl Symptome und Items des gesamten Inventars

Die Tabelle 3.64 ermöglicht einen Überblick zur Anzahl der Symptome und Items sowie deren verschiedenen Arten in allen Bereichen und Unterbereichen des Klenico-Systems. Die Gesamtzahl der Symptome beläuft sich demnach auf 410, wovon rund drei Viertel (313) als Selbstauskunftssymptome und das restliche Viertel (97) als Diagnostiker-Symptome konzi-

piert wurden. Betrachtet man die Anzahl Symptome mitsamt den darin bisweilen zusammengefassten Subspezifikationen, so entspricht dies dem maximalen Detaillierungsgrad, mit dem sich psychopathologische Merkmale anhand des Klenico-Systems erfasst lassen. Diese Zahl (612) ist deutlich höher als nur die Anzahl an Symptomen (410). Die Anzahl an Indikator-Items kann als Mass der Abhängigkeit von Selbstauskunft und Beurteilung durch den Diagnostiker gesehen werden. Es ist im Bereich der Psychosen (13) mit Abstand am höchsten. Der Bearbeitungsaufwand, der in einem bestimmten Bereich auf einen Patienten zukommen kann, lässt sich an der Anzahl Selbstauskunfts-Items ablesen. Der tatsächliche Aufwand ist indes abhängig vom Ergebnis des vorgeschalteten Screenings (vgl. 1.4.5). Die Screening-Items schließlich sind von jedem Patienten zu beantworten, der die Selbstauskunft absolviert. Ihre Gesamtzahl beträgt 60. Es gilt zu berücksichtigen, dass in dieser Auflistung nur der akute Teil der Symptomerfassung berücksichtigt ist, nicht aber der anamnestiche Teil. Nähere Angaben dazu sind im Kapitel 3.2.3 zu finden.

Tabelle 3.64: Anzahl der Symptome und Items in allen Bereichen und Unterbereichen des Klenico-Systems.

<i>Störungsbereich</i>	<i>Anzahl Symptome</i>	<i>Anzahl Selbstauskunfts-symptome</i>	<i>Anzahl Diagnostiker-Symptome</i>	<i>Anzahl Symptome und Subspezifikationen</i>	<i>Anzahl Indikator-Items</i>	<i>Anzahl Selbstauskunfts-Items</i>	<i>Screening-Items</i>
Psychosen	13	1	12	38	13	14	5
Persönlichkeitsstörungen	50	44	6	57	2	51	4
ADHS	23	17	6	35	4	33	2
Autismus	15	13	2	23	0	21	3
Manie	22	13	9	30	0	21	3
Depression	37	33	4	37	2	33	5
Somatoforme Störungen	26	21	5	69	0	64	2
Zwänge	19	16	3	30	0	24	3
Angststörungen: Panikstörung	21	20	1	22	0	21	3
Angststörungen: Agoraphobie	15	14	1	24	0	23	4
Angststörungen: Soziale Phobie	14	13	1	17	0	16	3
Angststörungen: Spezifische Phobien	3	3	0	16	0	16	2

Angststörungen: Generalisierte Angststörung	14	13	1	14	0	13	2
Abhängigkeiten: Alkohol	17	11	6	20	1	15	3
Abhängigkeiten: Drogen	15	10	5	27	1	19	1
Abhängigkeiten: Medikamente	11	8	3	21	0	16	2
Abhängigkeiten: Tabak	8	6	2	10	1	9	1
Essstörungen	28	23	5	32	0	27	3
Belastungsstörungen	24	22	2	45	0	36	5
Demenzen	19	8	11	29	0	18	4
Intensivmerkmale	16	(4)	12	16	6	6	0
Gesamt	410	313	97	612	30	496	60

4. Diskussion

Die vorliegende Dissertation dokumentiert den integralen Bestandteil eines übergeordneten Projekts, dessen Ziel in der Bereitstellung einer Diagnostik-Software für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungspraxis liegt, die den diagnostischen Prozess erleichtern und verstärkt systematisieren soll. Gleichzeitig basiert die Software auf einer Methodik, von der anzunehmen ist, dass sie den epistemischen Schwierigkeiten im Gebiet der psychiatrischen Diagnostik auf angemessene Weise zu begegnen vermag. In diesem abschließenden Diskussionsteil wird es nun darum gehen, die erzielten Ergebnisse in einem umfassenderen Kontext zu betrachten und darin einzuordnen. Im empirischen Teil wird dies in einer Weise geschehen, wie sie bei einer datenbasierten Untersuchung üblich ist, d.h. die Ergebnisse werden zunächst im Hinblick auf ihre interne Validität beurteilt und anschließend in Verbindung mit anderen Untersuchungsergebnissen im betreffenden wissenschaftlichen Gebiet gesetzt, d.h. auf ihre externe Validität hin diskutiert. Für den konzeptionellen Teil wird dieses bewährte Verfahren dagegen nur eingeschränkt möglich sein, da es sich bei den sehr ausführlich dargestellten Ergebnissen letztlich um theoretisch bzw. deduktiv abgeleitete semantische Strukturen handelt. Eine Übersetzung dieser semantischen Strukturen in quantitative empirische Daten konnte im Rahmen der vorliegenden Dissertation leider nicht erfolgen. Insofern stehen für die vorliegende Diskussion keine „harten“ Fakten zur Verfügung, deren Kongruenz oder Widersprüchlichkeit mit anderen Fakten erörtert werden könnten; eine Einschätzung der internen und externen Validität ist in diesem Sinne gar nicht möglich. So werde ich mich darauf beschränken müssen, die entstandenen theoriebasierten Symptomstrukturen, deren Entstehungsprozess bereits im Ergebnisteil ausführlich dokumentiert und begründet wurde, mit Blick auf ihre theoretische Konsistenz sowie unter praktischen Gesichtspunkten zu beurteilen.

4.1. Diskussion zum empirischen Teil

Die Zielsetzung des empirischen Teils dieser Dissertationsschrift bestand in der Bestimmung der diagnostischen Relevanz, die den Clustern der BDI-II-Symptomkarte gemäß Bühler, Keller und Läge (2012) (vgl. 1.4.2) zugesprochen werden kann. Als diagnostisch relevant mag dabei jeder verwertbare Hinweis zu Behandlungsentscheidungen, zu Verläufen oder zu ätiolo-

gischen Konzepten gelten. Daraus sollten nach Möglichkeit auch Schlussfolgerungen abgeleitet werden, ab welchem Umfang (Anzahl Symptome) von einem Syndrom in einer umfassenden Symptomkarte diagnostische Aussagekraft zur Behandlungsplanung erwartet werden darf. Eine solche umfassende, aufgrund von empirischen Daten berechnete NMDS-Symptomkarte, die mehrere Störungsbilder bzw. Symptombereiche (vgl. 2.2.4.2) umfasst, kann nicht im Rahmen dieser Dissertation realisiert werden, stellt aber weiterhin ein Entwicklungsziel der Klenico AG (vgl. 1.4.1 und 1.4.4) dar.

Die Symptomkarte von Bühler, Keller und Läge (2012) ist die bislang einzige wissenschaftlich publizierte Berechnung einer Robuscal-NMDS-Struktur, der ein direkt symptombezogener Datensatz zugrunde liegt. Im Fall des BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) sind die erfassten Symptome mit den 21 Gruppen von jeweils vier im Schweregrad abgestuften Aussagen gleichzusetzen, aus denen der Patient jeweils die zutreffendste auswählen soll. Die deutsche Version des BDI-II wurde von Hautzinger, Keller & Kühner (2006) mit einer repräsentativen Stichprobe empirisch validiert, und derselbe Datensatz diente Bühler, Keller und Läge (2012) als Basis für die Berechnung der BDI-II-Symptomkarte (vgl. 1.4.2). Dabei ergaben sich sechs unterscheidbare Cluster, die in eine Kernsymptomatik und fünf weitere Facetten (negative Einstellung zum Selbst, Hoffnungslosigkeit, gesteigerte Aktivierung, psychovegetative Symptome und verminderte Aktivierung) unterteilt wurden.

Zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellung, nämlich welche diagnostische Relevanz der Cluster-Unterteilung gemäß BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller und Läge, 2012) zugesprochen werden kann, analysierten wir einen bestehenden Datensatz von 11 018 stationären Patienten der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee (D). Daraus bildeten wir vier Stichprobengruppen aufgrund der im klinischen Aufnahmeverfahren gestellten ICD-10-Diagnosen:

- Hauptdiagnose einer unipolaren Depression
(HD Depression; $n = 4895$)
- Hauptdiagnose einer Essstörung und Nebendiagnose einer unipolaren Depression
(HD Essstörung; $n = 3302$)
- Hauptdiagnose einer Angststörung und Nebendiagnose einer unipolaren Depression
(HD Angststörung; $n = 645$)
- Hauptdiagnose einer Zwangsstörung und Nebendiagnose einer unipolaren Depression
(HD Zwangsstörung; $n = 740$)

4.1.1. Diskussion des Vergleichs HD Essstörung vs. HD Depression

Auf der Suche nach diagnostisch verwertbaren Hinweisen, die sich aus der Cluster-Struktur der BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller & Läge, 2012) ergeben können, stellten wir zum ersten Stichprobenvergleich eine spezifische Hypothese auf. Demnach sollte die Facette „Negative Einstellung zum Selbst“ eine höhere Ausprägung aufweisen, wenn die Depression als Komorbidität zur Hauptdiagnose einer Essstörung gesehen wird, während wir bei den übrigen Syndromen nur geringe oder gar keine Unterschiede vermuteten. Der erste Teil dieser Hypothese fand in den vorliegenden Resultaten zunächst eine klare Bestätigung: Die durchschnittliche Ausprägung der Facette „Negative Einstellung zum Selbst“ war in der Gruppe HD Essstörung mit Cohen's $d = 0,40$ deutlich höher als diejenige in der Gruppe HD Depression. Der zweite Teil der Hypothese konnte indes nicht bestätigt werden, da sich in einer weiteren Facette, nämlich in der „Verminderten Aktivierung“, ein ebenso deutlicher Unterschied ergab, wobei hier die Gruppe HD Depression eine stärkere Ausprägung zeigte. Auch in den übrigen Facetten zeigten sich signifikante Unterschiede, die jedoch – wie angenommen – geringe bis marginale Effektstärken aufwiesen. Insgesamt ergaben sich damit aber – deutlicher als erwartet – zwei typische Profile in der selbstberichteten Depressionssymptomatik, die damit einhergingen, dass die depressive Störung im einen Fall als Hauptdiagnose und im anderen Fall im Sinne einer Komorbidität zur Hauptdiagnose einer Essstörung gestellt wurde. Die Abbildung 3.2 verdeutlicht die unterschiedlichen Symptomprofile der beiden Stichprobengruppen mittels Schattierungen der entsprechenden Cluster-Segmente.

Nun stellt sich die Frage, bis zu welchem Grad diesen Befunden eine Allgemeingültigkeit zugesprochen werden darf. Aus diagnostischer Sicht könnte den sich ergebenden Profilen insofern eine große Bedeutung zukommen, als dass das häufige und gemeinhin als homogen verstandene Störungsbild der Depression in Subgruppen mit unterschiedlichen und charakteristischen Symptomausprägungen unterteilen ließe. Solche Subgruppen könnten wiederum Ausgangspunkte für typische Verlaufsprognosen oder die Entwicklung spezifischer Behandlungsansätze darstellen. Für das Klenico-System im Speziellen scheint sich hier sogar eine Möglichkeit abzuzeichnen, um anhand typischer Profile in der Depressionssymptomatik das gleichzeitige Vorliegen typischer Komorbiditäten (z.B. einer Essstörung) abzuschätzen. Wenn es demnach möglich wäre, die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen anderer Störungsbilder allein aufgrund der depressionsbezogenen Selbstauskunft zu bestimmen, ließe sich dies als

ungemein gewinnbringendes Mittel zur Effizienzsteigerung bei der Symptomerhebung nutzen.

Um die Allgemeingültigkeit der gefundenen Ergebnisse besser abschätzen zu können, lohnt sich zunächst ein Blick auf deren innere Konsistenz: Auf der obersten Integrationsstufe (1) der statistischen Analysen (vgl. 2.1.2) findet sich ein gewichtiges Argument, das die beiden unterschiedlichen Charakteristiken selbstberichteter Depressionssymptomatik unterstreicht. Es liegt im Umstand, dass die Summenwerte über alle Symptome des BDI-II hinweg bei beiden Stichprobengruppen exakt gleich hoch waren. Die Unterschiede in den beiden hervorstechenden Clustern „Negative Einstellung zum Selbst“ und „Verminderte Aktivierung“ zeigen sich also nicht nur in Relation zum jeweiligen Summenwert, sondern im absoluten Vergleich.

Weitere Argumente für die innere Konsistenz der Ergebnisse sind auf der dritten Integrationsstufe (3) der statistischen Analyse (vgl. 2.1.2) zu finden: Erstens stehen die Ausprägungen der einzelnen Symptome bei den beiden Facetten „Negative Einstellung zum Selbst“ und „Verminderte Aktivierung“ jeweils im Einklang mit der Gesamtausprägung der Facette. Konkret sind alle Symptome der Facette „Negative Einstellung zum Selbst“ in der Gruppe HD Essstörung stärker ausgeprägt und alle Symptome der Facette „Verminderte Aktivierung“ in der Gruppe HD Depression. Diese Eindeutigkeit ist in den drei übrigen Facetten nicht gegeben. Hier sind die insgesamt kleineren Unterschiede entweder auf einzelne Symptome (z.B. Pessimismus in der Facette Hoffnungslosigkeit) oder auf trivialerweise zu erwartende Abweichungen (z.B. höhere Ausprägung des Symptoms Appetitveränderungen in der HD Essstörungen) zurückzuführen.

Zweitens zeigt sich insbesondere am Fall des Symptoms Energieverlust, dass die Deutlichkeit der empirischen Mittelwertunterschiede nicht unbedingt an den von Bühler, Keller & Läge (2012) gezogenen Clustergrenzen Halt macht, sondern noch stärker mit der Semantik einzelner Symptome übereinstimmt: Innerhalb des Clusters „Kernsymptome“, dem es auf der BDI-II-Symptomkarte zugeordnet ist, zeigt das Symptom Energieverlust als einziges einen deutlichen Mittelwertunterschied (Cohen's $d = 0,48$), während drei der vier übrigen Symptome gar keine signifikanten Unterschiede aufweisen. Insofern nimmt es im besagten Cluster eine Sonderstellung ein und verzerrt in diesem Sinne den Mittelwertunterschied auf der Clusterebene, der mit Cohen's $d = 0,15$ ohnehin gering ausfällt. Nicht nur aufgrund seiner Semantik, sondern auch wegen seiner geometrischen Position auf der BDI-II-Symptomkarte könnte das Symptom Energieverlust auch der Facette „Verminderte Aktivierung“ zugeordnet werden.

Dadurch würde nicht nur der Mittelwertunterschied in der Kernsymptomatik praktisch hinfällig, sondern die Facette „Verminderte Aktivierung“ um ein weiteres Symptom mit ähnlichem Mittelwertunterschied wie die bisher darin enthaltenen Symptome ergänzt, was letztlich zu einer zusätzlichen Schärfung der sich bereits ergebenden Symptomprofile beitragen könnte. Insgesamt wird an diesem Beispiel deutlich, wie der Robuscal-NMDS-Algorithmus (Läge, 2001) neben einer kategorialen eben auch eine dimensionale Sichtweise auf Symptomstrukturen ermöglicht und in diesem Sinne semantische Zusammenhänge abzubilden vermag.

Demgegenüber förderten die weiteren Berechnungen angesichts der demografischen Stichprobenunterschiede eine gravierende Inkonsistenz zutage: Die Gruppe HD Essstörung bestand aus viel mehr weiblichen Patienten, die im Durchschnitt rund 20 Jahre jünger waren als die Patienten der Gruppe HD Depression. Daher könnten die unterschiedlichen Symptomprofile auch aufgrund der Alters- und Geschlechtsunterschiede in den Stichproben zustande gekommen sein. Um den potenziell konfundierenden Einfluss insbesondere der Altersvariable genauer zu untersuchen, zogen wir aus der Gruppe HD Depression eine weitere Stichprobe, die derjenigen der HD Essstörung altermäßig angepasst war („Matching“). Bezeichnenderweise egalisierte sich dabei just der vormals so klare Mittelwertunterschied in der Facette „Negative Einstellung zum Selbst“ und zwar auf dem deutlich höheren Ausprägungsniveau der Gruppe HD Essstörung. Desweiteren ergaben sich nun klare Unterschiede im Cluster „Kernsymptomatik“ sowie in der Gesamtausprägung der depressiven Symptomatik, wobei beide Werte bei der Gruppe HD Depression höher ausfielen. Auch wenn die Gruppe HD Depression weiterhin bei der Facette „Verminderte Aktivierung“ einen deutlich höheren Ausprägungsgrad aufwies, so kann in diesem altersmäßig angepassten Stichprobenvergleich nicht mehr von zwei typischen Symptomprofilen gesprochen werden.

Im Hinblick auf die Verallgemeinerung der Ergebnisse eröffnen sich damit zwei Interpretationsmöglichkeiten: Versteht man „die Depression“ als diagnostische und pathognostische Entität, so stellt die Bildung einer altersmäßig angepassten Stichprobe im Grunde eine einseitige Verzerrung des Störungsbildes dar. Etwas deutlicher wird dieser Gedanke, wenn man sich das umgekehrte Vorgehen vorstellt, wenn also aus der Gruppe HD Essstörungen eine altersmäßig der Gruppe HD Depression angepasste Stichprobe gebildet würde. Dadurch würde beim Vergleich dieser Patientengruppen auf fundamentale Weise ignoriert, dass Essstörungen nun mal am häufigsten bei jungen Frauen auftreten (Javaras et al., 2015), was gewissermaßen eine charakteristische Eigenschaft dieser Störungen darstellt. Den Analysen dieser Dissertation liegt aber eine andere Auffassung zugrunde: Der monolithische Charakter und

damit auch die kategorialen Grenzen der deskriptiven Störungseinheiten sollen hier grundsätzlich hinterfragt werden, damit der Robuscal-NMDS-Algorithmus (Läge, 2001) sein Potenzial auf dem Gebiet der psychiatrischen Diagnostik entfalten kann (vgl. 1.4.6). Darin liegt schließlich auch der Ansatz begründet, die selbstberichtete Depressionssymptomatik gemäß BDI-II nach Unterschiedlichkeiten in den Cluster-Ausprägungen zu durchleuchten. In der Konsequenz bedeutet das aber, dass die apriorische Annahme, eine Depressionssymptomatik zeige sich altersunabhängig auf eine einzige, charakteristische Weise, ebenso zu hinterfragen ist. Die Berechnungen mit der altersmäßig angepassten Stichprobe, deren Legitimation vor dem erläuterten Hintergrund kaum mehr abgesprochen werden kann, zeigen aber, dass die selbstberichtete Depressionssymptomatik bei jüngeren Patienten deutlich gravierender von einer Negativen Einstellung zum Selbst geprägt ist als bei älteren Patienten und zwar unabhängig davon, ob die depressive Störung als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt wurde.¹⁹ Bezieht man diese Überlegungen in die Interpretation der Ergebnisse mit ein, so bleibt ein eher ernüchterndes Fazit: Das sich im ersten Stichprobenvergleich ergebende charakteristische Symptomprofil der Gruppe HD Essstörung erweist sich als fundamental von der Altersvariable konfundiert und daher als ungeeignet, um allgemeine diagnostische oder pathognostische Schlüsse daraus ziehen zu können.

Was das Symptomprofil der Gruppe HD Depression betrifft, erwies sich insbesondere die charakteristisch höhere Ausprägung der Facette „Verminderte Aktivierung“ als weitgehend unabhängig vom Alter der Patienten. Konkret zeigte sie auch im Vergleich mit der altersmäßig angepassten Stichprobe eine deutlich stärkere Ausprägung (Cohen's $d = 0,44$) als in der Gruppe HD Essstörung. In diesem direkten Stichprobenvergleich ist der stabile Unterschied zumindest teilweise mit dem Umstand zu erklären, dass Patienten mit Essstörungen oft einen starken Drang nach Bewegung und sportlicher Betätigung aufweisen (Rizk et al., 2012). Ob sich diese Facette aber tatsächlich als typisch für den Fall erweist, dass eine depressive Störung als Hauptdiagnose und nicht als Nebendiagnose gestellt wird, muss sich erst noch über die weiteren Stichprobenvergleiche mit anderen Störungsbildern unter Beweis stellen.

Abgesehen von den zunächst typisch erscheinenden Symptomprofilen, deren Allgemeingültigkeit bei genauerer Betrachtung in Frage gestellt werden muss, gibt es noch andere

¹⁹ Das Argument der Stichprobenverzerrung wird außerdem durch den Umstand entschärft, dass die Gruppe HD Depression eine tendenziell bimodale Verteilung aufweist, wobei der jüngere Gipfel bei etwa 17 Jahren auftritt. Insofern produzierte das „Matching“ also keine beliebige Neuverteilung, sondern koppelte gewissermaßen eine Verteilung um den jüngeren Modus aus.

Ansatzpunkte, um aus dem Stichprobenvergleich HD Depression vs. HD Essstörung diagnostisch relevante Hinweise abzuleiten. Ein besonderes Augenmerk verdient erneut die in beiden Gruppen gleich starke Ausprägung des durchschnittlichen BDI-II-Summenwertes. Der Sachverhalt, dass Patienten mit Essstörungen eine hohe Komorbiditätsrate insbesondere mit depressiven Störungen aufweisen, ist schon länger bekannt (Braun, Sunday & Halmi, 1994). Bemerkenswert ist dagegen, dass die selbstberichtete Depressionssymptomatik in einem so umfangreichen Datensatz, wie er hier vorlag, in beiden Stichprobengruppen einen bis auf die zweite Kommastelle gleich hohen Ausprägungsgrad aufweist. Das wirft mitunter die Frage auf, nach welchen Kriterien die diagnostische Priorisierung in der Versorgungspraxis eigentlich erfolgte: Betrachtet man die depressive Symptomatik gemäß Selbstauskunft der Patienten isoliert, so gibt es erstmal keine Anhaltspunkte, weshalb bei den Patienten der Gruppe HD Essstörung eben jeweils die Essstörungen als Erstdiagnosen gestellt wurden. Genau dies geschah aber, sonst wäre die Gruppe in dieser Größe gar nicht zustande gekommen. Die Gründe hierfür müssen folglich im diagnostischen Kontext außerhalb der Selbstauskunft zu finden sein.

Ein erster Erklärungsansatz für die Priorisierung der Essstörungen könnte in einer systematischen Abweichung zwischen der Selbstauskunft der depressiven Symptomatik und deren Fremdeinschätzung durch den Diagnostiker liegen. Patienten mit einer komorbiden Essstörung würden demnach regelmäßig eine höhere Depressionssymptomatik angeben, als sie vom Diagnostiker eingeschätzt wird. Wenn dem so wäre, hätte dies für das Klenico-System mit seinem integrierten Überblendungsverfahren zwischen Innen- und Außenperspektive (vgl. 2.2.1) wichtige Implikationen. Beispielsweise wäre zu überlegen, ob gerade unerfahrene und mit der Problematik von Essstörungen weniger vertraute Diagnostiker mit Warnhinweisen in der Software unterstützt werden können, um entweder Essstörungen aufgrund einer Überschätzung der depressiven Symptomatik nicht zu übersehen, oder im Gegenteil die Behandlung der depressiven Symptomatik trotz vorliegenden Essstörungen nicht zu vernachlässigen. Welche Variante eher angezeigt ist, müsste allerdings wieder mit Experten erörtert werden. (Im Übrigen ist die statistische Überprüfung entsprechender Hypothesen anhand des Prien-Datensatzes nicht möglich, da er kein Fremdbeurteilungsverfahren zur depressiven Symptomatik enthält.) Schließlich sollte auch geprüft werden, ob bei anderen Störungsbereichen bzw. bei deren Kombinationen ebenfalls regelhafte Abweichungen zwischen der Selbstauskunft und der Beurteilung durch den Diagnostiker auftreten.

Ein zweiter Erklärungsansatz für die Priorisierung der Essstörungen in der Gruppe HD Essstörung betrifft die diagnostische Salienz. Demnach würde der Diagnostiker systematisch eine Essstörung gegenüber einer depressiven Symptomatik priorisieren, was sowohl aufgrund einer reflektierten Entscheidung als auch aufgrund eines unreflektierten Automatismus erfolgen kann. Das scheint insbesondere bei der in der Gruppe HD Essstörung übermäßig häufig vertretenen Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0) nicht so abwegig, zumal hier allein schon das körperlich abgemagerte Erscheinungsbild der Patienten einen dringlichen Handlungsbedarf impliziert. Abgesehen davon gibt es aber mit dem prekären Ernährungszustand und den dadurch beeinträchtigten körperlichen Funktionen auch aus medizinischer Sicht gute Gründe, eine Essstörung (v.a. die Anorexia nervosa) in der Behandlungsplanung gegenüber einer selbstberichteten Depressionssymptomatik zu bevorzugen. Die Selbstauskunft gemäß BDI-II würde demnach für die Behandlungsplanung in der Versorgungspraxis eine deutlich untergeordnete Rolle spielen. Sollte dieser Erklärungsansatz der medizinisch begründeten Priorisierungen zutreffen, würde auch dies für die zukünftige Entwicklung des Klenico-Systems richtungsweisende Hinweise liefern: Es wäre dann nämlich angezeigt, dem Diagnostiker über den reinen Symptombefund hinaus gewisse Leitlinien bei der Diagnosevergabe und letztlich sogar bei der Behandlungsplanung vorzugeben. Die Frage, ob eine Implementierung solcher allgemeinen diagnostischen Leitlinien begrüßenswert wäre, oder ob die diagnostischen Entscheidungen insgesamt doch dem Diagnostiker bei der Beurteilung des Einzelfalls zugesprochen werden soll, müsste wiederum mit Experten diskutiert werden.

Ein dritter Erklärungsansatz für die Priorisierung der Essstörungen in der Gruppe HD Essstörung trotz gleich hoher BDI-II-Gesamtausprägung in beiden Gruppen betrifft wiederum den Unterschied zwischen der Selbstauskunft durch Patienten und die Fremdeinschätzung durch Diagnostiker, zielt aber eher auf die dahinterstehenden Konzepte ab: Im direkten Vergleich zwischen den diagnostischen Kriterien gemäß ICD-10 zur depressiven Episode (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 135–136) und dem BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) fällt auf, dass der Anteil der auf die Einstellung zum Selbst bezogenen Symptome ungleich verteilt ist: Während sich in der ICD-10 nur zwei von zehn Kriterien darauf beziehen, sind dies im BDI-II rund ein Viertel der Symptome. Etwas deutlicher wird die Asymmetrie, wenn die unter 3.2.4.6 erläuterte Symptomzerlegung zum Vergleich herangezogen wird, worin die auf das Selbst bezogenen Symptome nur noch etwa einen Sechstel ausmacht. Hinzu kommt, dass der diagnostische Algorithmus in der ICD-10 eine stärkere Gewichtung der Kernsymptome vorsieht, so dass die Bedeutung der auf das Selbst bezogenen Symptome weiter zurückfällt. Demgegenüber behandelt das BDI-II alle darin enthaltenen Symptome als gleichwertig, was

letztlich in einer Betonung der auf die Einstellung zum Selbst bezogenen Symptome resultiert. Dies steht übrigens im Einklang mit Aaron Becks kognitiver Theorie zur Depression (Clark, Beck & Alford, 1999), die der Konzeption des BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) zugrunde liegt (Stieglitz, persönliche Kommunikation, 15.12.2016). Die konzeptionelle Überbetonung der auf das Selbst bezogenen Symptome, die eine Besonderheit des Messinstruments darstellt, könnte folglich in Kombination mit dem altersbedingten wie auch pathognomonischen Charakteristikum der Gruppe HD Essstörungen zu einer etwas übersteigerten Gesamtausprägung der selbstberichteten Depressionssymptomatik geführt haben.

4.1.2. Diskussion des Vergleichs HD Angststörung vs. HD Depression

Basierend auf einigen neueren Studienergebnissen stellten wir auch zum zweiten Stichprobenvergleich eine spezifische Hypothese auf: Wir erwarteten, dass sich in der Cluster-Struktur der BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller und Läge, 2012) eine stärkere Ausprägung in der Facette „Gesteigerte Aktivierung“ ergibt, wenn eine depressive Episode als Komorbidität zur Hauptdiagnose einer Angststörung diagnostiziert wurde, als wenn die depressive Episode die Hauptdiagnose darstellt. Bei den übrigen Clustern erwarteten wir dagegen nur geringe oder gar keine Unterschiede zwischen den beiden Stichprobengruppen. Diese Hypothese musste aufgrund der erfolgten statistischen Analysen vollständig verworfen werden.

Eine genauere Betrachtung der Ergebnisse mag dennoch einige aufschlussreiche Aspekte zutage fördern: Auf der obersten Integrationsstufe (1) der statistischen Analysen (vgl. 2.1.2) zeigte sich ein signifikanter Unterschied mit einer deutlichen Effektstärke (Cohen's $d = 0,45$), wobei die selbstberichtete BDI-II-Symptomatik in der Gruppe HD Depression insgesamt stärker ausgeprägt war. Im Gegensatz zum oben diskutierten Stichprobenvergleich HD Essstörung vs. HD Depression (vgl. 4.1.1) steht hier also die Selbstauskunft durch die Patienten im Einklang mit der in der diagnostischen Priorisierung enthaltenen Fremdbeurteilung durch die Diagnostiker. Gleichsinnige und in den Effektstärken geringe bis mittlere Unterschiede zeigten sich ebenso auf der Ebene der Symptomcluster (d.h. auf der zweiten Integrationsstufe der statistischen Analysen) wie auf der Ebene der einzelnen Symptome. Auf der letztgenannten Integrationsstufe der statistischen Analysen ergab sich eine einzelne Ausnahme, nämlich beim Symptom Unruhe, dessen Mittelwertunterschied das Signifikanzniveau

von $p = 0,05$ knapp überstieg. Insofern hebt sich dieses Symptom etwas von der übrigen Systematik ab und weist in die Richtung der aufgestellten Hypothese, ohne jedoch das gesamte übergeordnete Cluster ausreichend zu beeinflussen. Gesamthaft betrachtet kann daher nicht von einem typischen Symptomprofil gesprochen werden, wodurch sich die Gruppe HD Angststörung von der Gruppe HD Depression unterscheiden ließe, denn dafür müssten ganze Cluster oder zumindest einzelne Symptome auch in der Gruppe HD Angststörung deutlich stärker ausgeprägt sein als in der Gruppe HD Depression. Das ist aber gerade nicht der Fall: Die Ausprägung aller Cluster sowie des BDI-II-Summenwerts liegen in der Gruppe HD Angststörung mit weitgehend gleichmäßigem Abstand unter denjenigen der Gruppe HD Depression. Die selbstberichtete Depressionssymptomatik gemäß BDI-II wies in unserer Stichprobe demnach keine charakteristischen Eigenschaften auf, wenn eine komorbide Angststörung bei der Behandlungsplanung im Vordergrund stand.

Bemerkenswert ist dieses Fazit zum einen, weil in der neueren Forschung durchaus belastbare Hinweise gefunden wurden, dass eine erhöhte Ängstlichkeit und Besorgtheit mit Veränderungen im autonomen Nervensystem assoziiert sind, so etwa mit der Herzratenvariabilität (Bajkó et al., 2012; Chalmers, Heathers, Abbott, Kemp & Quintana, 2016; Thayer, Friedman & Borkovec, 1996). Auch wenn derartige Parameter des autonomen Nervensystems willentlich nicht direkt beeinflussbar sind, so darf doch angenommen werden, dass eine grundsätzliche vegetative Übererregung subjektiv wahrnehmbar ist und somit auch in Form einer selbstberichteten Symptomatik registriert werden kann. Zumindest beim Symptom Unruhe wäre daher eine entsprechende Charakteristik in der Gruppe HD Angststörung zu erwarten gewesen, die sich aber weder im Vergleich zum Ausprägungsgrad desselben Symptoms in der Gruppe HD Depression noch im Vergleich zum Gesamtausprägungsgrad der BDI-II-Symptomatik innerhalb der Gruppe HD Angststörung zeigte. Dafür gäbe es mindestens drei Erklärungsansätze, die anhand der vorliegenden Daten aber nicht weiter untersucht werden konnten: Erstens bleibt unklar, ob die Patienten der Gruppe HD Angststörung tatsächlich (absolut oder im Vergleich zur Gruppe HD Depression) systematisch erhöhte Parameter des autonomen Nervensystems aufwiesen. Zweitens kann es sein, dass die Patienten eine allfällige vegetative Übererregung subjektiv nicht als Auffälligkeit registrieren, weil sie beständig vorliegt. Drittens könnte die Item-Operationalisierung im BDI-II ungeeignet sein, um die mit einer physiologischen Erregung einhergehende Empfindung zu messen.

Zum anderen überrascht oben erwähnte Fazit auch vor dem Hintergrund der Befunde, aufgrund derer wir unsere Hypothesen aufgestellt hatten. Dass die Ergebnisse der betreffenden Studien mit den hier erzielten Resultaten inhaltlich wenig übereinstimmen, mag nicht zuletzt an den methodisch unterschiedlichen Ansätzen liegen: Während beispielsweise Garabiles, Lao, Xiong und Hall (2019) aufgrund ihrer Daten ein statistisches Netzwerkmodell berechneten, das im Wesentlichen auf Korrelationen zwischen Symptomen beruht, standen in der vorliegenden Untersuchung Mittelwertvergleiche unterschiedlicher Stichproben im Vordergrund. Die Grundlage hierfür stellte zwar eine bereits existierende NMDS-Lösung dar, die ebenfalls mittels Korrelationsmatrizen berechnet wurde, aber die hier erfolgten Mittelwertvergleiche sind eher als eine Möglichkeit zu deren post-hoc-Validierung zu sehen. Um einen methodisch ebenbürtigen Vergleich zu erzielen, müsste die Netzwerkstruktur von Garabiles, Lao, Xiong und Hall (2019) also auch als Grundlage einer weiterführenden Analyse dienen, und eine solche sollte anhand einer anderen Stichprobe erfolgen als diejenige, die der Berechnung zugrunde lag. Im Gegenzug wäre es aber auch aufschlussreich, die Struktur der BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller & Läge, 2012) anhand des Prien-Datensatzes zu überprüfen.

Was die konkreten Ergebnisse betrifft, finden sich indes Unstimmigkeiten, die nicht ohne weiteres zu erklären sind: Die Netzwerkanalyse von Garabiles, Lao, Xiong und Hall (2019) umfasste die Symptome aus zwei kurzen Messinstrumenten, nämlich dem Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke & Spitzer, 2002) und dem Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe, 2006). Das Symptom Reizbarkeit war aufgrund dieser Messinstrumente der Angstsymptomatik zugeordnet, fand seine Position im berechneten Netzwerk aber inmitten von Depressionssymptomen, was bedeutet, dass es mit letzteren tendenziell stärkere Korrelationen aufwies. Stellt man sich gedanklich eine entsprechende Erweiterung der BDI-II-Symptomkarte von Bühler, Keller und Läge (2012) um eine angstbezogene Symptomatik vor, so wäre diese konsequenterweise geometrisch unterhalb der Facette „Gesteigerte Aktivierung“ zu erwarten. Folglich könnte auch hier das Symptom Reizbarkeit gewissermaßen als Ausläufer der Angstsymptomatik in das Feld der Depressionssymptomatik hinein fungieren. Auf den methodischen Ansatz des Gruppenvergleichs übertragen sollte sich diese inhaltliche Nähe (bzw. Überschneidung) aber auch in entsprechenden Mittelwertunterschieden niederschlagen, wie dies am oben diskutierten Beispiel des Symptoms Energieverlust besonders deutlich zeigen ließ (vgl. 4.1.1). In unserem Gruppenvergleich zeigte sich indes keine stärkere Ausprägung dieses Symptoms Reizbarkeit, wie er bei primären Angstpatienten (HD Angststörung) zu erwarten war, weder in absoluten Zahlen noch in Relation zur Ausprägung der anderen Symptome. Allerdings spielte sich der Fall des

Symptoms Energieverlust innerhalb des vom BDI-II angezielten Störungsbildes ab, während sich der Fall des Symptoms Reizbarkeit auf ein Konstrukt außerhalb der BDI-II-Symptomatik bezieht.

Die soeben geschilderte, hypothetische Angliederung einer breiteren Angstsymptomatik an die Struktur der BDI-II-Symptomatik mit einem entsprechenden Überschneidungsbereich könnte im Übrigen ein bestimmtes Störungskonzept adressieren, dem in jüngeren Forschungsarbeiten wieder vermehrt Beachtung zukommt, nämlich die Agitierte Depression. Im Rahmen der Entwicklung des DSM-III (APA, 1980) wurden sogenannte Research Diagnostic Criteria (vgl. 1.1.4.2) für dieses Störungsbild entworfen, später subsumierte man es unter das breit aufgestellte Konstrukt der Major Depression (Maj, Pirozzi, Magliano, Fiorillo & Bartoli, 2006). Das hatte mitunter zur Folge, dass auch in der ICD-10 in ein und demselben Kriterium gegensätzliche Merkmale zu finden sind, so etwa „psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung“ (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 135). Einige neuere Forschungsarbeiten zielen nun darauf ab, das Konzept der Agitierten Depression als einen Subtyp der Depression zu rehabilitieren, der mitunter einen spezifischen Behandlungsansatz notwendig macht. Dabei findet das Konzept nicht nur verschiedene Bezeichnungen (z.B. Gemischte Depression), sondern auch unterschiedliche pathognomische Ähnlichkeitszuschreibungen, die neben einer erhöhten Ängstlichkeit bisweilen sogar in die Richtung von manischen Zuständen gehen (z.B. Maj et al., 2006; Sampogna, Del Vecchio, Giallonardo, Luciano & Fiorillo, 2020; Sani et al., 2014). In der BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller & Läge, 2012) findet dieses Konzept – wie bereits angeklungen – eine Entsprechung in der Facette „Gesteigerte Aktivierung“, die sich deutlich von den übrigen Clustern abgrenzen lässt und räumlich der Facette „Verminderte Aktivierung“ auch erwartungsgemäß diametral gegenübersteht. Eine Erweiterung der BDI-II-Symptomkarte um eine Angst- sowie um eine Maniesymptomatik könnte zur Klärung dieser pathognomonischen Fragen beitragen.

Insgesamt spricht also vieles dafür, die grundsätzliche Annahme eines agitierten oder ängstlichen Syndroms innerhalb der Depressionssymptomatik – vielleicht sogar eines entsprechenden Subtyps der Depression – beizubehalten, auch wenn die dazu aufgestellte spezifische Hypothese aufgrund der vorliegenden Ergebnisse vorerst verworfen werden muss. Aufschlussreich wäre es insbesondere, eine Robuscal-NMDS mit einem Merkmalspool zu berechnen, der sowohl die depressive als auch eine angstbezogene sowie eine maniforme Symptomatik umfasst. Möglicherweise würden sich dann auch in einem Stichprobenvergleich unterschiedlicher Patientengruppen die zu erwartenden Mittelwertunterschiede und damit vielleicht

sogar entsprechende Symptomprofile zeigen. Warum sich diese bei der vorliegenden Analyse nicht ergaben, ist indes nicht abschließend zu erklären.

4.1.3. Diskussion des Vergleichs HD Zwangsstörung vs. HD Depression

Die von uns aufgestellte spezifische Hypothese zum Vergleich HD Zwangsstörung vs. HD Depression basierte wiederum auf zwei neueren Untersuchungen mit statistischen Netzwerkanalysen depressions- und zwangsbezogener Symptome (McNally, Mair, Mugno & Riemann, 2017; Jones et al., 2018). Wir erwarteten, dass die Gruppe HD Zwangsstörung in der Clusterstruktur der BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller und Läge, 2012) stärkere Ausprägungen im Syndrom „Verminderte Aktivierung“ sowie in den Symptomen „Schuldgefühle“ und „Traurigkeit“ aufweist als die Gruppe HD Depression. Zudem nahmen wir an, dass die übrigen Syndrome und Symptome nur geringe oder gar keine Unterschiede aufweisen würden. Auch diese Hypothese musste aufgrund der erfolgten statistischen Analysen verworfen werden.

Ein differenzierter Blick auf die verschiedenen Integrationsstufen der statistischen Analyse (vgl. 2.1.2) ist aber auch hier angezeigt: Auf der Stufe des Gesamtschweregrads der selbstberichteten depressiven Symptomatik wies die Gruppe HD Depression eine etwas stärkere Ausprägung auf als die Gruppe HD Zwangsstörung (Cohen's $d = 0,34$). Insofern stand auch hier die Selbstausskunft durch die Patienten im Einklang mit der Fremdbeurteilung durch die Diagnostiker, welche sich in der diagnostischen Priorisierung der Zwangsstörung in der Gruppe HD Zwangsstörung niederschlug. Auf der mittleren Integrationsstufe wiesen alle Cluster ebenfalls eine stärkere Ausprägung bei der Gruppe HD Depression auf, mit Ausnahme der Facette „Negative Einstellung zum Selbst“, deren Unterschied nicht signifikant ausfiel. Entgegen unserer Erwartungen zeigte sich eine gewisse Besonderheit also nicht in der Facette „Verminderte Aktivierung“, sondern in der Facette „Negative Einstellung zum Selbst“. Diese Besonderheit machte sich aber – im Gegensatz zum Vergleich mit der Gruppe HD Essstörung (vgl. 4.1.1) – nicht in absoluten Zahlen bemerkbar, sondern nur in Relation zum ohnehin niedrigeren Gesamtschweregrad in der Gruppe HD Zwangsstörung. Nicht nur deswegen wäre es verfehlt, von einem charakteristischen Symptomprofil zu sprechen, sondern auch, weil die Facette „Negative Einstellung zum Selbst“ schon bei der Gruppe HD Essstörung eine gewisse

charakteristische Auffälligkeit zeigte. Insofern ist dieses Cluster als Kandidat für ein Alleinstellungsmerkmal sowohl in der einen als auch in der anderen Stichprobengruppe hinfällig. Auf der niedrigsten Integrationsstufe hat das Symptom Schuldgefühle zwar rein numerisch tatsächlich einen höheren Wert in der Gruppe HD Zwangsstörung, der sich aber statistisch als nicht signifikant erweist. Entgegen unserer Erwartungen zeigte das Symptom Traurigkeit im Stichprobenvergleich eine leicht stärkere Ausprägung in der Gruppe HD Depression. Insgesamt liegen also die Ausprägungen der einzelnen Cluster wie auch des Gesamtausprägungsgrades der selbstberichteten Depressionssymptomatik bei der Gruppe HD Zwangsstörung jeweils leicht bis deutlich unterhalb derjenigen der Gruppe HD Depression (mit Ausnahme der Facette „Negative Einstellung zum Selbst, wo der Unterschied nicht signifikant ausfällt). Da dieses Muster auch wiederum relativ gleichmäßig ausfällt und kein Cluster eine stärkere Ausprägung in der Gruppe HD Zwangsstörung gegenüber der Gruppe HD Depression aufweist, zeigt auch dieser Stichprobenvergleich kein typisches BDI-II-Symptomprofil für Patienten, die eine depressive Episode als Komorbidität zur Hauptdiagnose einer Zwangsstörung diagnostiziert bekamen.

Angesichts dieses ernüchternden Fazits gilt es zu bedenken, dass unsere Hypothese zum Gruppenvergleich HD Zwangsstörung vs. HD Depression ohnehin eine besondere Herausforderung für die Vorhersagbarkeit innerhalb der Datenstruktur dargestellt hätte, da sie neben einer ganzen Facette auch noch charakteristische Ausprägungen auf Symptomebene enthielt, die darüber hinaus in unterschiedlichen Clustern zu finden sind. Ihre anspruchsvolle Konstruktion entstand nicht zuletzt mit der Absicht, die Grenzen der Prädiktionskraft auszutesten. Hätte man die Hypothese tatsächlich annehmen können, so wäre dies einer fast schon sensationellen Validierung der BDI-II-Symptomkarte von Bühler, Keller und Läge (2012) gleichgekommen.

Die Gründe, weshalb die Ergebnisse dennoch so deutlich von den Erwartungen abgewichen sind, können auch für diesen Stichprobenvergleich nicht abschließend geklärt werden. Zu berücksichtigen sind zum einen auch hier die im vorangegangenen Kapitel (vgl. 4.1.2) erläuterten methodischen Unterschiede zwischen Netzwerkanalysen, auf denen die Hypothesen beruhen (McNally et al., 2017; Jones et al., 2018), und den hier erfolgten Stichprobenvergleichen, die im Sinne einer Validierung von bereits berechneten Strukturen zu werten sind. Auf der inhaltlichen Ebene zeigen sich hier aber auch wieder Unstimmigkeiten, die kaum erklärbar erscheinen. Im Sinne der aufgestellten Hypothesen wäre es beispielsweise allein vom klinischen Bild her plausibel anzunehmen, dass Patienten mit einer Zwangsstörung an starken

Konzentrationsschwierigkeiten leiden – ein Symptom, das auf der BDI-II-Symptomkarte eben in der Facette „Verminderte Aktivierung“ zu finden ist. Unsere Berechnungen anhand des Prien-Datensatzes ergaben allerdings, dass Konzentrationsschwierigkeiten bei Patienten mit der Hauptdiagnose einer Zwangsstörung etwas weniger stark ausgeprägt sind als bei Patienten mit der Hauptdiagnose einer Depression (Cohen's $d = 0,32$). In der Netzwerkanalyse von Jones et al. (2018) kam dieses Symptom immerhin in die Nähe der Zwangssymptomatik zu liegen, zeigte aber auch hier keine besonders stark ausgeprägte Korrelation zum Zwangssyndrom.

Insgesamt spricht also nicht vieles für die Annahme, dass das Vorliegen einer komorbiden Zwangsstörung spezifische Einflüsse auf die selbstberichtete Depressionssymptomatik hat. Das gilt zumindest für Daten, die anhand des BDI-II erhoben wurden. Denkbar wäre indes, dass dieses depressionsspezifische Messinstrument letztlich nicht geeignet ist, um die Symptome einer umfassenderen Psychopathologie zu erfassen und dadurch eventuell doch bestehende symptomatische Einflüsse durch Komorbiditäten nicht klar zutage treten.

4.1.4. Schlussfolgerungen zum empirischen Teil

Die empirischen Untersuchungen dieser Dissertation folgten der übergeordneten Frage, welche diagnostische Relevanz der Cluster-Unterteilung der depressiven Symptomatik gemäß BDI-II-Symptomkarte (Bühler, Keller und Läge, 2012) zugesprochen werden kann. Als diagnostisch relevant wurde dabei jeder verwertbare Hinweis zu Behandlungsentscheidungen, zu Verläufen oder zu ätiologischen Konzepten erachtet. Aufgrund der hier erfolgten statistischen Analysen eines enorm umfangreichen Datensatzes aus der Versorgungspraxis muss die gesuchte diagnostische Relevanz der BDI-II-Symptomkarte als relativ gering eingeschätzt werden. Die Vermutung, dass sich in der selbstberichteten Depressionssymptomatik gemäß BDI-II durch das Vorliegen bestimmter Komorbiditäten jeweils charakteristische Symptomprofile ergeben, musste zurückgewiesen werden. Das gilt nicht nur für komorbide (bzw. als Hauptdiagnose gestellte) Angst- und Zwangsstörungen, sondern unter Berücksichtigung der altersbedingten Stichprobenunterschiede auch für komorbide Essstörungen. Dieses ernüchternde Fazit betrifft allerdings primär das verwendete Messinstrument, den BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996), und nicht den Robuscal-NMDS-Algorithmus (Läge, 2001), welcher der BDI-II-Symptomkarte als methodisches Verfahren zugrundelag. Im Gegenteil konnten durch die

genauere Betrachtung der Ergebnisse neue Fragestellungen entworfen werden, die beispielsweise die Anwendung des Robuscal-NMDS-Algorithmus im symptombezogenen Grenzbereich zwischen Depression, Angststörung und sogenannter Agitierter Depression gewinnbringend erscheinen lässt. Hierfür müssten allerdings geeignetere, auf diese Störungskonzepte besser ausgerichtete Messinstrumente zur Anwendung kommen als der BDI-II.

Relativ deutlich zeigte sich dagegen, dass der Gesamtschweregrad der BDI-II-Symptomatik jeweils geringer ausfiel, wenn die depressive Episode nicht als Haupt- sondern als Nebendiagnose gestellt wurde. Wiederum unter Berücksichtigung der altersbedingten Stichprobenunterschiede galt dies auch für die Fälle, wenn die Hauptdiagnose einer Essstörung vorlag. Dies mag als Beleg dafür gelten, dass die diagnostische Priorisierung und damit Fokussierung in der Behandlungsplanung, die der Diagnostiker setzt, eine passende Entsprechung in der symptombezogenen Selbstauskunft durch die Patienten findet. Allerdings kann damit keine Aussage gemacht werden über Belastungen oder Einschränkungen, welche die Patienten durch die Depressionssymptomatik im Vergleich zu denjenigen aufgrund einer komorbiden Symptomatik empfinden.

In diesem Zusammenhang wurden Überlegungen zur diagnostischen Salienz bestimmter Störungen angestellt. Demnach wäre es denkbar, dass beispielsweise Essstörungen (insbesondere die Anorexia nervosa) leichter den Status einer Erstdiagnose erlangen. Das könnte einerseits an unreflektierten Automatismen bei den Diagnostikern liegen, andererseits aber auch in medizinisch begründeten und reflektierten Überlegungen angesichts der durch Mangelernährung bedingten Beeinträchtigungen körperlicher Funktionen. Für die Weiterentwicklung der Klenico-Software ist es daher ratsam, das weite Feld der Psychopathologie genauer daraufhin zu untersuchen, ob weitere derartige diagnostische Salienzen vorliegen, und ob daraus spezifische Leitlinien zur diagnostischen Priorisierung bzw. zur Behandlungsplanung abgeleitet werden können. (Über die grundsätzliche Salienz von Angst- und Zwangsstörungen kann anhand der vorliegenden Auswertungen nichts ausgesagt werden, weil in den betreffenden Stichprobengruppen die depressive Symptomatik jeweils geringer ausgeprägt war.)

In den beiden Stichprobengruppen mit der Hauptdiagnose einer Essstörung bzw. einer Zwangsstörung zeichnete sich ansatzweise eine besondere Ausprägung der Facette „Negative Einstellung zum Selbst“ ab, die sich bei genauerer Betrachtung jedoch als wenig belastbar erwies. Bemerkenswert daran ist vor allem, dass die auffälligen Ausprägungen jeweils in der „untypischeren“ Stichprobengruppe auftrat, d.h. dort, wo die Hauptdiagnose eben gerade

nicht die depressive Episode war. Auf konzeptioneller Ebene steht dies in gewissem Widerspruch zu Becks kognitiver Theorie zur Depression (Clark, Beck & Alford, 1999), die der Konzeption des BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) letztlich zugrunde liegt, und wonach gerade die verzerrte Selbstwahrnehmung ein entscheidender ätiologischer Faktor im Störungskonzept der unipolaren Depression darstellen sollte.

Abschließend und im Sinne einer grundsätzlichen Limitation der Allgemeingültigkeit der Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass es sich bei dem vorliegenden Datensatz um Informationen aus der Versorgungspraxis handelt, die nicht primär zur wissenschaftlichen Auswertung gesammelt wurden. Das bedeutet mitunter, dass nicht genau eruiert werden kann, welche Bedingungen die Diagnosestellungen mit beeinflussten, die hier doch immerhin die Basis zur Stichprobengruppierung darstellte. Die Regelungen des deutschen Versorgungssystems sehen es beispielsweise vor, dass der stationären Aufnahme eine Diagnose- und Indikationsstellung im ambulanten Rahmen vorausgeht, wo die Zeit für eine Befunderhebung stark begrenzt ist. Klinikintern stellt die Zuweisungsdiagnose eines ambulanten Behandlers wiederum oft die Grundlage für die Zuordnung zu einer spezialisierten Behandlungsstation dar. Die dort erneut – und in der Regel detaillierter – durchgeführte Diagnostik sollte dann aber wiederum die Zuweisungsentscheidung widerspiegeln. Insgesamt ist es also schwierig abzuschätzen, bis zu welchem Grad die Diagnosevergabe auch tatsächlich dem klinischen Bild eines Patienten entspricht.

4.2. Diskussion zum konzeptionellen Teil

Die Zielsetzung des konzeptionellen Teils dieser Dissertationsschrift bestand in der Erstellung eines an den aktuellen Ausgaben der ICD und des DSM orientierten, symptombezogenen und auf die Verwendung im Rahmen der Klenico-Software zugeschnittenen Item-Inventars, anhand dessen die relevanten Störungsbilder in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspraxis diagnostisch erfasst werden können. Der Entstehungsprozess dieses Item-Inventars und die wichtigsten Begründungen für die dabei getroffenen Entscheidungen sind bereits im Ergebnisteil dokumentiert und brauchen hier nicht mehr wiederholt zu werden. Eine Umsetzung der Klenico-Items sowie der zugrundeliegenden Symptomstrukturen in empirische Daten war im Rahmen dieser Dissertation aber leider nicht möglich. Folglich stehen auch keine „harten“ Fakten zur Verfügung, anhand derer die interne und externe Validität des Item-

Inventars eingeschätzt werden könnten. Anstattdessen wird es im Folgenden darum gehen, einerseits die theoretische und methodische Konsistenz der entstandenen Symptomstrukturen, andererseits aber auch deren Eignung im Kontext der Anwendung der Klenico-Software in der klinischen Praxis kritisch zu betrachten. Zum Schluss soll dennoch eine umfassendere Einschätzung zum aktuellen Stand des Item-Inventars sowie der Software als Ganzes erfolgen, dies wiederum im Hinblick auf die praktische Anwendung des Klenico-Systems. Ebenso werden einige Ansätze für eine mögliche Weiterentwicklung skizziert, um besonders kritischen Aspekten inhaltlicher wie auch methodischer Art zukünftig angemessen begegnen zu können.

4.2.1. Kritische Würdigung der Störungsbereiche

Zunächst ist es angezeigt, die entstandenen Symptomstrukturen in jedem einzelnen Störungsbereich des Klenico-Systems nochmals kritisch zu betrachten. Die getroffenen Entscheidungen, deren Begründungen dem Ergebnisteil zu entnehmen sind, zogen naturgemäß immer auch gewisse nachteilige Konsequenzen mit sich, die hier noch einmal eine angemessene Beachtung finden sollen. Eine abschließende Beurteilung, ob die gewünschten Effekte der Entscheidungen hinreichend eingetreten und die unerwünschten Nebeneffekte hinnehmbar sind, wird mangels empirischer Daten nicht möglich sein. Indes werden Ansätze für entsprechende empirische Überprüfungen an einigen Stellen umrissen und gegebenenfalls auch geeignete Messinstrumente für eine in diesem Rahmen übliche Konstruktvalidierung genannt. Dabei wird es – wie schon im Ergebnisteil – aus Platzgründen nötig sein, sich auf einzelne Schwerpunkte zu konzentrieren.

4.2.1.1. Psychosen

Mit der Konzeption des Bereichs Psychosen ist es sicherlich gelungen, ein – sowohl aus historischer als auch aus epistemischer Sicht stark vorbelastetes – Problemfeld der psychiatrischen Diagnostik mit gerade mal 13 Symptomen auf kompakte Weise zusammenzufassen. Das ging nicht ohne Verzicht, insbesondere auf eine Reihe von Merkmalen aus der ICD-10, die aber in den meistens Fällen eher unspezifische Beschreibungen darstellten. Eine weitere Vereinfachung bestand im Ausschluss von Merkmalen wie Wahngedanken, Wahnwahrnehmung,

Wahneinfall oder Wahnstimmung, was im Gegenzug eine klarere Trennung zwischen inhaltlichen und formalen Aspekten ermöglichte: Die formalen Wahnkriterien sind nun auf der Ebene der drei verschiedenen Wahnsymptome („Bizarrer Wahn“, „Nicht bizarrer Wahn“ und „Stimmungskongruenter Wahn“) zu berücksichtigen, während die Inhalte auf der Ebene der Subspezifikationen zu bestimmen sind. Desweiteren weist die neu konzipierte Symptomstruktur eine gute Ausgeglichenheit zwischen sogenannten Positiv- und Negativsymptomen dar (vgl. Leucht, Vauth, Olbrich & Jäger, 2015, S. 304–311). Obwohl dieser Aufteilung in den diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 und ICD-10 nur eine untergeordnete Rolle zukommt, findet sie sich in etablierten und häufig gebräuchlichen Messinstrumenten wie der PANSS (Kay, Fiszbein & Opfer, 1987) sowie in der Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS; Andreasen, 1982) und der Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS; Andreasen, 1986). Zu den Positivsymptomen können sicherlich Wahn und Halluzinationen gezählt werden, daneben aber – je nach Lesart – auch das „Katatone Verhalten“, die „Desorganisierte Sprechweise“ und das „Grob desorganisierte Verhalten“. Als Negativsymptome sind dagegen der „Verminderte emotionale Ausdruck“, die „Reduzierte Willenskraft (Avolition)“, die „Spracharmut (Alogie)“, der „Soziale Rückzug“, die „Affektverflachung“ sowie die „Anhedonie“ zu zählen. Damit decken die Klenico-Symptome auch alle sechs Items der PANSS-6 ab, eines aus der ursprünglichen PANSS extrahierten Messinstruments, für das unter anderem deutlich bessere psychometrische Eigenschaften nachgewiesen werden konnten als bei der PANSS-Langform (Østergaard, Lemming, Mors, Correll & Bech, 2016). Auf konzeptioneller Ebene steht die Fokussierung auf eine symptombezogene Betrachtungsweise, wie sie das Klenico-System auch im Bereich der Psychosen forciert, im Einklang mit Forderungen aus der aktuellen Forschung auf diesem Gebiet. So zweifelt beispielsweise Tebartz van Elst (2017) die wissenschaftliche, diagnostische und praktische Nützlichkeit von allzu starren Störungskonzepten im Bereich der psychotischen Phänomene stark an.

Neben der Betonung dieser Errungenschaften gilt es natürlich auch, einige potenzielle Stolpersteine bei der Diagnostik von psychotischen Symptomen mit dem Klenico-System im Auge zu behalten. Das betrifft in erster Linie die diagnostische Verwertbarkeit der Selbstausskunft. Wie an anderer Stelle bereits erwähnt (vgl. 3.2.5.1), ist die Krankheitseinsicht wie auch die Fähigkeit zur Selbstbeschreibung bei Patienten mit psychotischen oder schizophreniformen Störungen im Vergleich zum übrigen Spektrum psychiatrischer Auffälligkeiten wohl am meisten betroffen (Fleischhacker, persönliche Kommunikation, 13. Dezember 2016). Dieser Umstand ist in der erstellten Symptomstruktur insofern berücksichtigt, als dass lediglich ein einzelnes Symptom („Anhedonie“) als Selbstausskunftssymptom konzipiert ist. Alle anderen

Selbstauskunfts-Items dienen lediglich als Hinweise (Indikator-Items), die den Diagnostiker dazu anhalten, das Vorliegen der betreffenden Symptome zu beurteilen. Diese Lösung ist der diagnostischen Problematik in diesem Störungsbereich sicherlich angemessen und entspricht methodisch durch den Schwerpunkt auf der Fremdbeurteilung auch weitgehend dem AMDP-System (AMDP, 2016), dessen Eignung für die Diagnostik von Psychosen kaum angezweifelt werden kann (vgl. 1.3.3.4). Allerdings läuft die gewählte Struktur auch Gefahr, eine hohe Falsch-positiv-Rate im Bereich der Psychosen zu generieren, was durch die semantische Sensitivität des Selbstauskunfts-Items zu Halluzinationen („ich nehme manchmal Dinge wahr, die andere Menschen nicht wahrnehmen“) nochmals zusätzlich verstärkt wird. Eine bestmögliche Ausgewogenheit in diesem Dilemma wird sich letztlich nur anhand von empirischen Daten finden lassen, die im Übrigen auch die Voraussetzung zur Einschätzung der Nutzbarkeit der Selbstauskunft im Bereich der Psychosen (und zwar sowohl bei Patienten mit als auch bei Patienten ohne psychotische Symptome) darstellen.

Die diagnostische Nutzbarkeit der Selbstauskunft im Bereich der Psychosen hat mitunter entscheidende Implikationen auf die gesamte Praxistauglichkeit des Klenico-Systems in seiner jetzigen Form (Stand 2018): Sollte sich herausstellen, dass deren diagnostische Resultate eine zu geringe Übereinstimmung mit der Einschätzung durch die Diagnostiker aufweist, so sollte sie konsequenterweise ganz weggelassen werden. Der Bereich der Psychosen wäre demnach ausschließlich der Beurteilung durch den Diagnostiker vorbehalten, wodurch jedoch die Möglichkeit gänzlich wegfallen würde, psychotische Symptome im Vorfeld eines diagnostischen Interviews festzustellen. Da deren Vorliegen aber in den allermeisten Fällen entscheidenden Einfluss auf die Behandlungsplanung hat, müsste die diagnostische Relevanz der gesamten Selbstauskunft als eingeschränkt betrachtet werden. Ein möglicher Ausweg bestünde hier vielleicht, wenn sich herausstellen würde, dass der übrige Teil der Selbstauskunft bei psychotischen Patienten charakteristische Muster aufweist, beispielsweise eine generell höhere Inkonsistenz im Vergleich zu nicht-psychotischen Patienten. Solche Charakteristiken könnten dann von der Software nämlich wiederum als Hinweis auf das Vorliegen psychotischer Symptome gewertet werden.

Eine weitere Fraglichkeit im Bereich der Psychosen betrifft die diagnostische Abgrenzung zwischen der Negativsymptomatik und depressiven Merkmalen. Da sich diese Syndrome inhaltlich sehr ähnlich sind, ist davon auszugehen, dass Patienten mit einer psychotischen Negativsymptomatik zumindest in der Selbstauskunft auch eine weite Ausprägung im Bereich der Depression aufweisen werden. Im Gegenzug ist fraglich, ob etwa das Screening-

Item „die Dinge des Lebens berühren mich emotional wenig“ eine hinreichende Spezifität aufweist, dass es von Patienten mit psychotischer Negativsymptomatik angewählt wird, von Patienten mit einer depressiven Symptomatik dagegen nicht. Klärung wird hier ebenfalls nur die Analyse von entsprechenden empirischen Daten bringen. Auf konzeptioneller Ebene würde sich ferner die Frage stellen, ob für die unterschiedlichen phänomenalen Qualia dieser Störungsbilder, auf die uns etwa Prof. Hofer (persönliche Kommunikation, 10. August 2017) hinwies, eine trennscharfe symptomatische Unterteilung notwendig ist, oder ob die diagnostische Unterscheidung auch anhand des Vorliegens einer Positivsymptomatik in der Anamnese erfolgen kann.

Abschließend seien einige Hinweise zur möglichen Weiterentwicklung des Psychose-Bereichs vermerkt: Was die praktische Handhabung des Klenico-Systems betrifft, sollte sorgfältig überprüft werden, wie gut sich die Diagnostiker insbesondere zu Beginn ihrer Verwendung der Klenico-Software in der vorgegebenen Struktur orientieren können. Konkret wäre zu prüfen, ob die Anwender von sich aus auf die Idee kommen, psychotische Symptome (z.B. den „Stimmungskongruenten Wahn“) im Rahmen eines depressiven Störungsbildes im Bereich Psychosen zu vermerken. Ebenso müsste untersucht werden, ob die Unterscheidung zwischen manischen und psychotischen Merkmalen der konzeptionellen Auffassung der meisten Diagnostiker entspricht, oder zu Irritationen führt. Eine deutlich umfassendere, diagnostisch aber möglicherweise entscheidende Weiterentwicklung würde die Erfassung einer sogenannten Außenanamnestik darstellen, d.h. einer geeigneten Software-Struktur, damit beispielsweise die Einschätzungen von Angehörigen psychotischer Patienten systematisch erhoben werden könnte.

4.2.1.2. Persönlichkeitsstörungen

Der Bereich Persönlichkeitsstörungen stellt im Hinblick auf die zugrundeliegenden Störungskonzepte sicherlich den innovativsten Teil innerhalb des Klenico-Systems dar. Das entspricht einem weitgehenden Umdenken in der Scientific Community in Bezug auf die Konzeption von Persönlichkeitsstörungen, welches verstärkt im Vorfeld der Veröffentlichung des DSM-5 und später auch bei der Entwicklung der ICD-11 zu beobachten war: Da sich die traditionell prototypischen Ansätze mit ihren Operationalisierungen weder in der diagnostischen Praxis noch in empirischen Studien bewährten, fand einerseits eine verstärkte Zuwendung zu dimen-

sionalen Ansätzen statt, andererseits eine Fokussierung auf Konzepte, die letztlich am psychodynamischen Verständnis der Persönlichkeitsstruktur orientiert sind (vgl. 3.2.2.7). Beides fand seinen Niederschlag im Alternativen DSM-5-Modell für Persönlichkeitsstörungen (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1045–1070), wovon ein Teil, das „Kriterium A“, als Vorlage für die Symptomstruktur des Klenico-Systems fungierte. Die Umwandlung der dort aufgeführten „Elemente der Persönlichkeitsfunktion“ stellte allerdings keine geringe Herausforderung dar, weil sie jeweils nicht-pathologische Zustände beschreiben, woraus dann einzelne pathonomonische Symptome zu konstruieren waren. Als besonders problematisch stellte sich dabei heraus, dass einzelne Funktionen – beispielsweise die Theory of Mind, die Selbstwertregulation oder die Selbstreflexion – zwar in inhaltlichen Anleihen bisweilen aufblitzen, aber nicht durchgehend expliziert werden. So mussten wir letztlich eine Reihe von konzeptionellen Ergänzungen vornehmen bzw. entsprechende Annahmen treffen, um daraus konkrete phänomenologische Merkmale ableiten zu können. Eine im Alternativen DSM-5-Modell enthaltene, im Schweregrad abgestufte Auflistung von Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktion, die LPFS (Bender, Morey & Skodol, 2011; deutsche Version: Zimmermann et al., 2014a) erwies sich bei genauerer Betrachtung aufgrund konzeptioneller Unklarheiten und Durchmischungen als unbrauchbar. Das generelle Fehlen eines umfassenden, detailliert durchdachten und ausformulierten Funktionsmodells der Persönlichkeit führt letztlich dazu, dass die Vollständigkeit der phänomenologischen Merkmale überhaupt nicht abgeschätzt werden kann. So wäre es beispielsweise denkbar, eine interpersonelle Konfliktfähigkeit als Persönlichkeitsfunktion zu konzipieren. Inwiefern sich diese aber von den oben genannten Funktionen wie Theory of Mind, Selbstwertregulation und Selbstreflexion abgrenzen soll, oder ob eine gute Konfliktfähigkeit nicht eher ein Ergebnis des Zusammenspiels von den anderen Persönlichkeitsfunktionen darstellt, müsste im Detail erörtert werden.

Trotz dieser Schwierigkeiten ist es aber gelungen, mit 50 Symptomen ein verhältnismäßig kompaktes Inventar zusammenzustellen, das inhaltlich auf die neuesten wissenschaftlichen Entwicklungen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen abgestimmt ist. Als Bestätigung der zugrundeliegenden Einschätzungen und Entscheidungen darf der Umstand gelten, dass die Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 (WHO, 2020d) in Analogie zum Alternativen DSM-5-Modell konzipiert sind und demnach ebenfalls einen (inhaltlich vergleichbaren) Kernbereich eingeschränkter Persönlichkeitsfunktionen aufweisen werden, was zum Zeitpunkt unserer Entwicklung noch nicht feststand. Desweiteren beinhaltet die von uns erstellte Symptomstruktur für viele „Elemente der Persönlichkeitsfunktionen“ jeweils eine semantische Abstufung im Differenziertheitsgrad der interpersonellen Objektwahrnehmung (vgl. 3.2.5.2).

Eine solche Abstufung steht auf konzeptioneller Ebene in Verbindung mit der Persönlichkeitsstruktur gemäß OPD (Arbeitskreis OPD, 2014), wodurch sich eventuell sogar eine Möglichkeit eröffnen könnte, das Integrationsniveau der Persönlichkeitsstruktur abzuschätzen. Konsequenterweise wurden als Screening-Items nur Ich-Aussagen gewählt, die dem niedrigsten Differenzierungsgrad der Objektwahrnehmung entsprechen, wodurch die Sensitivität zumindest auf theoretischer Ebene auf das Strukturniveau der Persönlichkeitsfunktionen übertragen wurde. Ob diese Entscheidung diagnostisch angemessen ist, oder ob es besser wäre, auch die Screening-Items in Entsprechung zum Strukturniveau der Persönlichkeit abzustufen, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen bleiben.

Insgesamt könnte der hohe Innovationsgrad des Bereichs Persönlichkeitsstörungen einerseits tatsächlich entscheidende Verbesserungen in der Diagnostik ermöglichen. Andererseits hebt sich der Bereich nahezu vollständig von den in der Praxis nach wie vor gängigen, prototypen-basierten Denkmustern ab und lief in seiner Entwicklung durch die überwiegend konzeptionelle Ausrichtung auch Gefahr, an den Gegebenheiten in der diagnostischen Praxis vorbei entworfen worden zu sein. Zugespielt formuliert könnte man sagen, dass sich auf dem gegenwärtigen Stand der erstellten Symptomstruktur kaum abschätzen lässt, was die Items tatsächlich messen. Umso wichtiger erscheint gerade für den Bereich Persönlichkeitsstörungen eine Konstruktvalidierung auf der Basis von empirischen Daten. Bei einem entsprechenden Abgleich mit bestehenden Messinstrumenten sollte gut überlegt sein, welches Gewicht man den „alten“, am prototypischen Ansatz orientierten Inventaren wie beispielsweise dem SKID-II (Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) zukommen lässt. Für einen solchen Abgleich spricht, dass trotz der Unterschiedlichkeit der Ansätze bei beiden im Grunde dieselben, auf die Ausgestaltung der Persönlichkeit bezogenen Phänomene adressiert werden. Bei der Interpretation eines möglichen Abgleichs sollte demgegenüber berücksichtigt werden, dass dem SKID-II sowie ähnlichen Messinstrumenten wie dem ADP-IV (deutsche Version: Doering et al., 2007) durch die fehlende Dimensionalität jeweils auf eine starke Dichotomie zwischen „gesund“ und „krank“ hinauslaufen. Abgesehen von diesen methodischen Fallstricken wäre es aber auch im Hinblick auf die jüngste Forschungsentwicklung sehr aufschlussreich zu erfahren, welche Zusammenhänge sich zwischen der Klenico-Symptomstruktur und den prototypischen Operationalisierungen ergeben, wie sie gegenwärtig noch in der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 234–248) und im Hauptteil des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 883–936) zu finden sind. Für die verbleibende Zeit bis zur Einführung der ICD-11 als verbindliche diagnostische Grundlage könnten solche Befunde möglicher-

weise eine hilfreiche Brücke zwischen der „alten“ und der „neuen“ Auffassung von Persönlichkeitsstörungen bilden und damit vielleicht sogar den konzeptionellen Graben überwinden, der aktuell zwischen der Klenico-Symptomstruktur und den geltenden diagnostischen Verzeichnissen besteht. Deutlich kongruenter dürfte hingegen der Vergleich mit Messinstrumenten ausfallen, die sich ebenfalls an den neueren Konzepten orientieren, so etwa mit der GAPD (deutsche Version: Hentschel & Livesley, 2013) oder dem OPD-SF (Schauenburg, et al., 2012).

Abschließend sei ein weiterer konzeptioneller Aspekt angesprochen, der bei Persönlichkeitsstörungen eine nicht unerhebliche Rolle spielt, nämlich die Dauerhaftigkeit der entsprechenden Eigenschaften. Sowohl in den allgemeinen Kriterien der ICD-10 (S. 234–235) als auch in denjenigen des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 885) wird gefordert, dass die aufgeführten Merkmale während des Erwachsenenalters beständig auftreten und mindestens bis in die Adoleszenz zurückverfolgt werden können. Im Alternativen DSM-5-Modell (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 1046) wird diese Forderung ebenfalls aufgeführt, während in der ICD-11 nur noch eine Zeitspanne von etwa 2 Jahren als ausschlaggebend erachtet wird (WHO, 2020d). Das Selbstauskunftsmodul des Klenico-Systems verfügt bekanntermaßen über keine Möglichkeiten, spezifische Zeitkriterien mit zu erheben, sofern sie nicht in den einzelnen Items enthalten sind. Insofern müsste auch hier dringend eine empirische Überprüfung stattfinden, ob sich die gemeinte Dauerhaftigkeit in den Item-Formulierungen adäquat übermittelt, d.h. ob Patienten den Ich-Aussagen tatsächlich nur dann zustimmen, wenn sie die betreffende Thematik schon über mindestens mehrere Jahre hinweg belastet. Sollte dies gelungen sein, so wären in einem weiteren Schritt Überlegungen anzustellen, ob die Aufteilung von Achse-I- und Achse-II-Störungen (vgl. 1.1.4.2) ins Klenico-System eingepflegt und weiter ausgebaut werden soll, oder ob diese Grenzziehung nach Maßgabe des DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015) fallengelassen wird. Eine Beibehaltung würde auf konzeptioneller Ebene wiederum eine Entsprechung in der OPD (Arbeitskreis OPD, 2014) finden, wo das Strukturniveau der Persönlichkeitsfunktionen als Grundlage für angemessenes Erleben psychodynamischer Konflikte verstanden wird, deren eingeschränkte Bewältigungsformen schließlich zur Ausbildung einer Symptomatik führt. Ob sich dieses komplexe und umfassende Theoriegebilde tatsächlich auf der Ebene von Selbstauskunfts-Items abbilden lässt, die im Bereich Persönlichkeitsstörungen des Klenico-Systems ja weit überwiegen, bleibt indes fraglich.

4.2.1.3. ADHS / Autismus

Mit dem Bereich ADHS / Autismus fassten wir im Klenico-System zwei Störungsbilder zusammen, zu deren diagnostischen Abklärungen in der Versorgungspraxis bisweilen spezialisierte Sprechstunden angeboten werden (Tebartz van Elst, persönliche Kommunikation, 20. Oktober 2016). Die Untersuchungen in diesen Sprechstunden dauern oft mehrere Stunden und können bei ADHS beispielsweise anhand der Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE; Rösler, Retz-Junginger, Retz & Stieglitz, 2007) und bei Autismus anhand der ADOS (Lord et al., 2012) erfolgen. Beides sind Untersuchungsinstrumente, die mehrere Teile umfassen und Informationen aus der Selbstauskunft, aus Fremdbeurteilungen, aus diagnostischen Interviews und teils sogar aus Verhaltensbeobachtungen integrieren. Dass das Klenico-System solche umfassenden Erhebungen weder leisten kann noch leisten soll, wurde bereits im Ergebnisteil erwähnt und begründet (vgl. 3.2.4.4). Auf den Unterbereich Autismus hat diese strategische Ausrichtung des Klenico-Systems markantere Auswirkungen als auf den Unterbereich ADHS, denn im ersten Fall extrahierten wir verhältnismäßig wenige Symptome aus den diagnostischen Kriterien und ergänzten die resultierende Auswahl auch noch um zusätzliche Merkmale, die uns Prof. Tebartz van Elst (persönliche Kommunikation, 20. Oktober 2016) als spezifische Charakteristika erläuterte. Insofern bildet die Symptomstruktur des Unterbereichs Autismus die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 64) und ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 295–296) nur sehr partiell ab. Diese Einschränkung ist sicherlich vertretbar, solange der Unterbereich Autismus als ein erweitertes Screening verstanden wird, das lediglich Indikationen für weitere diagnostische Abklärungen liefert, nicht aber die eigentliche Diagnosestellung ermöglicht. Fraglich bleibt indes, ob ein Diagnostiker bei der alltäglichen Anwendung der Klenico-Software die Ausnahmebedingungen im Unterbereich Autismus erkennt. Möglich wäre dies, wenn er die Symptom-Struktur sorgfältig mit den diagnostischen Kriterien abgleicht und dann feststellt, dass diese Datenlage allein kaum ausreicht, um die Diagnose zu stellen. Um eventuellen Falschinterpretationen vorzubeugen wäre es allerdings eine bessere Lösung, wenn die Klenico-Software den Diagnostiker auf solche Sonderfälle hinweisen würde. Vorläufig sind die technischen Voraussetzungen für solche Warnungen aber noch nicht gegeben (Stand 2018).

Eine weitere Problematik stellt der bereits im Ergebnisteil (vgl. 3.2.5.4) erwähnte konkretistische Sprachgebrauch von Patienten aus dem Autismus-Spektrum dar: Zwar wurden die Items des Unterbereichs Autismus dahingehend überprüft, dass es durch den konkretistischen Sprachgebrauch nicht zu semantischen Missverständnissen und damit zu einer Verzerrung bei der Erfassung der Symptomatik kommen kann. Für die Items aller anderen Bereiche war eine

solche Prüfung indes zu wenig indiziert und wurde auch nicht durchgeführt. Dadurch könnte es aber bei Patienten mit deutlich autistischen Zügen zu Verzerrungen bei der Erfassung aller übrigen Symptombereiche kommen. Eine Klärung dieser möglichen Einschränkung ist wiederum nur aufgrund einer breiten empirischen Datenbasis zu erlangen, die im Übrigen ohnehin für den gesamten Bereich ADHS / Autismus erfolgen sollte, um die inhaltliche Kongruenz mit etablierten Messinstrumenten wie dem HASE (Rösler, Retz-Junginger, Retz & Stieglitz, 2007) oder der ADOS (Lord et al., 2012) zu überprüfen.

Im Unterbereich ADHS vermag die erstellte Symptom-Struktur die diagnostischen Kriterien auf inhaltlicher Ebene sicherlich besser abzubilden als im Unterbereich Autismus. Insofern dürfte es für eine valide Diagnosestellung auch weniger entscheidend sein, ob sich der Diagnostiker aufgrund des Klenico-Befundes entschließt, eine ausführlichere Abklärung in die Wege zu leiten, oder ob er die Diagnose direkt daraus ableitet. Auch diese Annahme sollte letztlich aber anhand empirischer Daten überprüft werden. Desweiteren bleibt zu erwähnen, dass einige Besonderheiten dieses Störungskonzepts durch die technischen Vorgaben des Klenico-Systems nicht angemessen berücksichtigt werden konnten. Das betrifft in erster Linie einige übergeordnete Formulierungen, die beispielsweise lauten: „Die Symptome sind nicht ausschließlich [als] ein Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseligkeit oder Unfähigkeit, Aufgaben oder Anweisungen zu verstehen“ (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 78). Ebenso fordert ein eigenständiges Kriterium, dass mehrere Symptome bereits vor dem zwölften Lebensjahr auftreten müssen (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 78). Solche grundlegenden Voraussetzungen hätten nur dann angemessen berücksichtigt werden können, wenn sie in jedem einzelnen Selbstauskunfts-Item erwähnt worden wären. Das hätte aber wieder zu übermäßigen Redundanzen geführt und dadurch die Prägnanz der Items deutlich geschwächt. Ob der Umstand, dass diese Aspekte bei der Befunderhebung mit der Klenico-Software nun einfach wegfallen, tatsächlich systematische Auswirkungen auf die Diagnosestellungen hat, kann aufgrund theoretischer Überlegungen allein nicht abgeschätzt werden und sollte ebenfalls einer empirischen Überprüfung unterzogen werden.

4.2.1.4. Manie

Ähnlich wie im Bereich Psychosen (vgl. 4.2.1.1) stellt sich auch für den Bereich Manie die Frage, inwiefern die Selbstauskunft von betroffenen Patienten nutzbare Ergebnisse zu liefern vermag. Während der Anteil der Selbstauskunfts-Items im Bereich Psychosen eher gering

ausfällt, sind im Bereich der Manie immerhin 13 der insgesamt 22 Symptome als Selbstauskunftssymptome konzipiert. Das liegt im Wesentlichen daran, dass die Manie mit einer stark veränderten Stimmungslage einhergeht, die zwar von außen oft beobachtbar ist, aber im Kern doch nur vom betroffenen Individuum geschildert werden kann. Im Hinblick auf eine verwertbare Selbstauskunft kommt erschwerend hinzu, dass in einem manischen Zustand die gesamte Urteilsfähigkeit und so auch die Fähigkeit zur adäquaten Selbsteinschätzung bisweilen massiv eingeschränkt ist. Insofern dürfte sich das Unterfangen, akute manische Zustände anhand der Klenico-Software symptomatisch abbilden zu können ebenso wie die empirische Validierung dieses Bereichs als besonders schwierig herausstellen. Nahezu unmöglich wird es zudem sein, dass Patienten in einem akuten manischen Zustand die gesamte Klenico-Symptomerhebung absolvieren, zumal ihnen hierfür die Geduld und das nötige Konzentrationsvermögen ebenso fehlen dürften wie die Einsicht in die Notwendigkeit eines solchen diagnostischen Verfahrens.

Angesichts dieser Einschränkungen stellt sich die Frage, ob der Bereich Manie nicht besser aus dem Klenico-System ausgeschlossen werden sollte, was wiederum eine gewisse Effizienzsteigerung zur Folge hätte. Dadurch würden aber auch zwei entscheidende Vorteile wegfallen, die sich über die Erfassung des akuten manifomen Zustands hinaus ergeben: Das betrifft zum einen die anamnestische Erfassung von zurückliegenden manischen Phasen, was insbesondere zur diagnostischen Unterscheidung zwischen einer bipolaren Störung und einer unipolaren depressiven Störung entscheidend sein kann und weitgehende Implikationen bei der Behandlungsplanung nach sich zieht. Zum anderen kann die Beibehaltung des Bereichs Manie auch der Ausschlussdiagnostik dienen, d.h. der Feststellung, dass bei einem Patienten aktuell keine entsprechenden Symptome vorliegen. Eine zukünftige empirische Überprüfung dieses Bereichs sollte demnach insbesondere auf die Falsch-Positiv- und die Falsch-Negativ-Rate fokussieren. Im Übrigen sei an dieser Stelle erwähnt, dass es anderen Forschern offenbar gelungen ist, eine empirische Validierung von Messinstrumenten zur Manie zu bewerkstelligen, so beispielsweise bei der Manie-Selbstbeurteilungsskala (MSS; Krüger, Bräuning & Shugar, 1998). Zum konstruktvalidierenden Abgleich der Klenico-Symptom-Struktur mit bereits etablierten Messinstrumenten sollte allerdings auch ein auf Fremdbeurteilung basierendes Verfahren eingesetzt werden, wofür sich die Young Mania Rating Scale (YMRS; Young, Biggs, Ziegler & Meyer, 2000; deutsche Version von Mühlbacher et al., 2011) anbietet.

4.2.1.5. Depression

Mit insgesamt 37 Symptomen weist der Bereich Depression einen verhältnismäßig hohen Differenzierungsgrad auf, wenn man als Vergleichsbasis die jeweils in einem Bereich subsumierten Störungskategorien betrachtet. Die Feinauflösung der Symptomatik liegt zum einen darin begründet, dass in der Fachwelt offenbar sehr unterschiedliche Auffassungen des Störungskonzepts Depression vorherrschen, wie dies im Ergebnisteil bereits aufgezeigt wurde (vgl. 3.2.4.6). Da das Klenico-System als umfassendes Diagnoseinstrument sowohl der Wissenschaft als auch Klinikern im Versorgungsalltag zugutekommen soll, galt es, die skizzierte Diversität der Auffassungen auf integrative Weise zu berücksichtigen. Zum anderen erwies sich die deutlich einfacher gehaltene Symptomstruktur des BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996; deutsche Version von Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) in den statistischen Analysen des empirischen Teils dieser Dissertation insgesamt als wenig belastbar, um Einflüsse aufgrund spezifischer Komorbiditäten auf Symptomebene abbilden zu können (vgl. 4.1.4). Dieses Unterfangen könnte besser gelingen, wenn es anhand einer breiteren und differenzierteren Symptomstruktur erfolgen würde, wie sie nun etwa im Klenico-System vorliegt. Entsprechende Auswertungen wären im Übrigen ohne weiteres möglich, sobald ein ausreichend großer Datensatz auf der Basis des Klenico-Systems vorliegt. Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch zu erfahren, inwieweit sich die NMDS-Lösung dieser ausdifferenzierten und breiten Symptomzusammenstellung mit derjenigen des BDI-II gemäß Bühler, Keller und Läge (2012) übereinstimmt.

Ob sich der hohe Differenzierungsgrad allerdings auch in der diagnostischen Praxis bewährt, muss sich erst noch erweisen. Beispielsweise erscheint es durchaus fraglich, ob die Mehrheit der Patienten die von uns entworfenen Operationalisierungen der Symptome Ermüdbarkeit („es ist alles anstrengend für mich“) und Erschöpfung („ich bin schon nach kleinen Anstrengungen erschöpft“) soweit zu unterscheiden vermögen, dass sie entweder nur dem einen oder nur dem anderen Item zustimmen. Sollte dies nicht der Fall sein, könnte daraus auch der Schluss gezogen werden, dass die Aufteilung dieser Symptome eine künstliche ist und – den Kriterien der ICD-10 (WHO, Dilling & Freyberger, 2016, S. 135) entsprechend – rückgängig gemacht werden soll. Dasselbe gilt auch für die Symptome „Innere Anspannung“ („ich fühle mich innerlich angespannt“) und „Innere Unruhe“ („ich bin innerlich unruhig“), deren Unterscheidung hinsichtlich der phänomenalen Qualia den Betroffenen vielleicht nicht hinreichend gelingt.

Auf konzeptioneller Ebene wurden einige Entscheidungen getroffen, deren Auswirkungen im Auge behalten und sorgfältig überprüft werden sollten. So wird etwa das Zeitkriterium von mindestens zwei Wochen, während denen bestimmte depressive Symptome vorliegen müssen, in den Operationalisierungen des Klenico-Systems kaum berücksichtigt. Um einer inflationären Verwendung der Diagnose einer depressiven Episode vorzubeugen, wäre eine Überprüfung angezeigt, ob die Diagnostiker von sich aus dieses Zeitkriterium berücksichtigen, zumal die Software hierzu keinerlei Vorgaben macht. Desweiteren entschieden wir, das Symptom Konzentrationsstörungen ganz wegzulassen, da es uns für den Bereich der Depression zu unspezifisch erschien. Somit fällt aber ein Merkmal, welches für die Betroffenen nicht unerheblich sein dürfte, gänzlich aus der Symptomerfassung, was letztlich zu einer systematischen Verzerrung bei der Einschätzung des Schweregrads führen könnte. Ferner lagerten wir die Erfassung der Suizidalität in den Bereich Intensivmerkmale aus, behielten aber trotzdem ein einzelnes Symptom („Todeswunsch“) in der Auswahl des Bereichs Depression. Das gewährleistet zwar eine gewisse Vollständigkeit der Symptomatik, dürfte aber auch zu Verwirrungen bei den Diagnostikern führen. Schließlich wäre zu überlegen, ob die Symptome zu Schlafstörungen nicht auch – wie diejenigen zur Suizidalität – in einen gesonderten Bereich ausgelagert werden sollten. Immerhin ist anzunehmen, dass Schlafprobleme auch bei anderen psychischen Störungen auftreten, so dass sie bereichsübergreifende Merkmale darstellen.

Abschließend sei auf einen beachtenswerten Nebenfund hingewiesen: Im Rahmen eines ad-hoc-Vergleichs (der nicht im Ergebnisteil berichtet wurde) zwischen den Klenico-Items im Bereich Depression und den Items des BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) zeigte sich, dass die Klenico-Items nur einen Drittel der Anzahl Zeichen (1432 vs. 4321) und sogar nur ein Viertel der Anzahl Wörter (242 vs. 966) aufweisen. Damit gelingt es aber, 37 anstatt 21 Symptome zu erfassen, was einem Verhältnis von 176% entspricht. Diese Zahlen belegen eindrücklich, dass die Klenico-Items dem Patienten einen deutlich geringeren Leseaufwand abverlangen als eines der am häufigsten eingesetzten Erhebungsinstrumente im klinischen Bereich.

4.2.1.6. Somatoforme Störungen

Der Bereich Somatoforme Störungen stellte nicht nur angesichts seines zu bewältigenden Umfangs, sondern auch angesichts der Komplexität der darin enthaltenen Störungsbilder, die im diffusen Übergangsbereich zwischen psychischer und somatischer Wahrnehmung und

Kausalitätszuordnung angesiedelt sind, eine besondere Herausforderung dar. Zu behaupten, diese Herausforderung gemeistert zu haben, wäre ohne empirische Überprüfung sicherlich zu hoch gegriffen. Immerhin ist es aber gelungen, die gegebene Komplexität in eine relativ übersichtliche Symptomstruktur zu transformieren, die es erlaubt, neben den psychologischen Aspekten rund 50 körperliche Beschwerden auf der Ebene von Subspezifikationen zu erfassen. Die Zergliederung in einzelne Symptome ermöglichte es außerdem, die „alte“, in der ICD-10 vorherrschende Auffassung der somatoformen Störungen, wonach die organische Unerklärbarkeit von somatischen Symptomen im Vordergrund steht, ebenso zu berücksichtigen, wie die „neue“ Auffassung, bei der es eher um die exzessive Beschäftigung mit somatischen Symptomen geht.

Im Hinblick auf eine empirische Überprüfung des Bereichs Somatoforme Störungen wäre es besonders interessant zu erfahren, ob sich diese Veränderungen in der Störungskonzeption auch im Sinne einer Cluster-Bildung auf einer NMDS-Karte wiederfinden, oder ob sich die Symptome der „alten“ und der „neuen“ Auffassung durchmischen. Letzteres könnte als Indiz dafür gelten, dass den unterschiedlichen Ausgestaltungen der Kriterien auf phänomenologischer Ebene letztlich doch ein einheitliches Störungsbild zugrunde liegt. Ebenso wäre es aufschlussreich, die auf der Ebene von Subspezifikationen konzipierten körperlichen Beschwerden zusammen mit den übrigen Merkmalen dieses Bereichs als gleichwertige Symptome einer NMDS-Analyse zu unterziehen. Die daraus sich ergebende Cluster-Bildung könnte beispielsweise Hinweise liefern, ob gewisse körperlichen Beschwerden unabhängig von ihrer somatischen Allokation (z.B. im „mittleren Gastrointestinaltrakt“) häufig gemeinsam auftreten, woraus sich gegebenenfalls eine alternative Strukturierung ergeben könnte.

Was die praktische Handhabbarkeit der Symptomstruktur angeht, sollte in Erfahrung gebracht werden, ob sich Diagnostiker insbesondere bei den ersten Anwendungen der Kle-nico-Software rasch und gut darin zurechtfinden. Dazu würde auch eine Abklärung gehören, ob die Erläuterungen zu den Diagnostiker-Symptomen ohne ein vertieftes Wissen über die Veränderungen in den Störungskonzepten verstanden werden. Auf Patientenseite gilt es zu berücksichtigen, dass der Bereich Somatoforme Störungen ganze 64 Selbstauskunfts-Items umfasst, sodass ein Anklicken der entsprechenden Screening-Items eine drastische Erweiterung der adaptiven Symptomexploration (vgl. 2.2.2.2) zur Folge hat. Daher sollte hier – bestenfalls auf der Basis empirischer Daten – ein besonders ausgewogenes Verhältnis zwischen Sensitivität und Spezifität angestrebt werden, was möglicherweise durch die Hinzunahme

weiterer Screening-Items sowie deren algorithmischer Verknüpfung besser zu erreichen wäre als mit den bestehenden zwei.

4.2.1.7. Zwänge

Als Besonderheit des Bereichs Zwänge ist hervorzuheben, dass hier versucht wurde, die phänomenalen Qualia des Erlebens durch die Betroffenen möglichst präzise zu adressieren. Dabei geht es unserer Auffassung nach im Kern um einen Widerspruch zwischen wiederholtem, hoch strukturiertem und selbstgesteuertem Tun und der dabei empfundenen Unfreiwilligkeit, wobei die Quelle des Zwangs doch meistens in der eigenen Person verortet wird. Entstanden sind somit eine Reihe von Ich-Aussage-Items, welche das Erleben von Betroffenen nicht nur auf allgemeiner Ebene, sondern auch bei spezifischen Ausprägungen von Zwangsgedanken oder -handlungen zum Ausdruck zu bringen versuchen. Diese Schwierigkeit umgehen einige der etablierten und weit verbreiteten Messinstrumente zu Zwängen, so etwa die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Hand, & Büttner-Westphal, 1991), die sich nur auf die Erfassung des Schweregrads konzentriert und dafür Aspekte wie Zeitaufwand, Beeinträchtigung bei alltäglichen Aufgaben oder subjektiver Leidensdruck erfasst. Andere Erhebungsinstrumente beinhalten zwar auch Ich-Aussage-Items, die unserer Einschätzung nach bisweilen aber weniger prägnant ausfallen, als die von uns entworfenen. Beispielsweise operationalisiert das Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2009) das Phänomen des Waschzwangs folgendermaßen: „Ich muss mich manchmal waschen oder säubern, einfach, weil ich mich verunreinigt fühle.“ Obschon dieses Item (in Kombination mit den übrigen Items des OCI-R) sicherlich eine umfangreiche psychometrische Validierung erfahren hat, scheint es uns aus inhaltlicher Perspektive doch eher unspezifisch, zumal es auch von Personen ohne Zwangsstörung breite Zustimmung erhalten könnte. Unsere Operationalisierung lautet demgegenüber: „ich dusche sehr oft (oder lange), weil ich mich verunreinigt haben könnte.“ Die Zustimmungsschwelle wird dabei durch ein konkretes und an sich schon auffälliges Verhalten deutlich höher angesetzt, wobei der zweite Satzteil auch die bei Zwangsstörungen üblichen, sehr kurzen Rückkoppelungsschleifen (hier zwischen imaginierter Verunreinigung und dem Zwang, sich erneut zu reinigen) impliziert. Zu beachten gilt es in diesem Vergleich allerdings, dass das OCI-R ein Likert-Skalen-Raster vorsieht, um den Zustimmungsggrad zum Item auszudrücken, während für die Klenico-Items durch die Zweiteilung der Ipsativen Messung (vgl. 1.4.5) eher eine höhere Zustimmungsschwelle anzuzielen war.

Möglicherweise ist es also gelungen, die phänomenalen Qualia des Erlebens durch Betroffenen im Bereich Zwänge besser abzubilden als dies bei vergleichbaren Messinstrumenten der Fall ist. Ob diese Hoffnung erfüllt ist, kann letztlich aber wiederum nur über die empirische Erfassung psychometrischer Kongruenzwerte und eben im direkten Vergleich mit anderen Messinstrumenten abgeschätzt werden. Ein möglicher Ansatz könnte darin liegen, geeigneten Probanden jeweils paarweise Items, die auf dasselbe Phänomen abzielen, vorzulegen und die Probanden das zutreffendere auswählen zu lassen.

Neben den Bemühungen um präzise und prägnante Formulierungen, deren Ertrag hier nicht abschließend eingeschätzt werden kann, weist der Bereich Zwänge aber auch den Vorteil einer relativ breit gefassten Symptomatik auf. Neben den Kernsymptomen „Zwangsgedanken“, „Zwanghafte Vorstellungen“ und „Zwangshandlungen“ stehen 14 weitere Symptome zur Verfügung, um die Dynamik des zwanghaften Geschehens und Erlebens abzubilden. Dadurch sind wichtige Voraussetzungen gegeben, um eventuelle Charakteristiken – beispielsweise im Sinne von subtypischen Symptomprofilen – im Rahmen einer NMDS-Analyse aufzudecken.

Was die praktische Handhabbarkeit dieses Bereichs betrifft, sollte überprüft werden, ob sich insbesondere die Strukturierung der Kernsymptome („Zwangsgedanken“, „Zwanghafte Vorstellungen“ und „Zwangshandlungen“) mit ihren inhaltlichen Subspezifikationen und den als Restkategorien dienenden Symptombezeichnungen den Diagnostikern allein durch das Bedienen der Software erschließt. Andernfalls müssten konkrete Instruktionen zur Verfügung gestellt werden.

4.2.1.8. Angststörungen

Der Bereich Angststörungen ist mit insgesamt 67 einzelnen Symptomen der umfangreichste im Klenico-System. Allein deswegen war eine Unterteilung in fünf Unterbereiche angezeigt, wobei die Gliederung in Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie, Spezifische Phobien und Generalisierte Angststörung den prominenten Störungskategorien im DSM-5 und in der ICD-10 entspricht. Was die Konzeptionen dieser Störungskategorien betrifft, förderte die vertiefte semantische Analyse zum Zweck der Symptom-Extraktion einige Unstimmigkeiten zutage, die aus pathognomonischer Sicht vielleicht nicht so sehr ins Gewicht fallen, bei der Erstellung einer angemessenen Symptomstruktur uns aber doch vor ein paar knifflige Aufgaben stellte.

Das betraf zum einen die Panikstörung, wo das zentrale Merkmal der Panikattacke durch das gleichzeitige Auftreten mehrerer körperlicher Veränderungen definiert ist, wobei unklar bleibt, was nun als Symptom und was als „Hinweis auf ein Symptom“ zu werten ist. Unsere Entscheidung, alle aufgeführten Merkmale als gleichwertige Symptome zu behandeln, trafen wir im Hinblick auf die Möglichkeit, die Zugehörigkeit der körperlichen Veränderungsmerkmale zum übergeordneten Merkmal der Panikattacke im Rahmen einer NMDS-Analyse überprüfen zu können. Demnach sollte das Merkmal Panikattacke in die Mitte eines Clusters zu liegen kommen, das sich aus den körperlichen Veränderungsmerkmalen zusammensetzt. Außerdem ermöglichte die von uns getroffene Entscheidung auch, dass die an körperlichen Veränderungen festzustellende, allgemeine Angstsymptomatik im Rahmen des Screening-Verfahrens (vgl. 1.4.5) auch direkt angesteuert werden kann. Das entspricht insbesondere den Vorgaben der ICD-10, wo das Vorliegen einer solchen allgemeinen Angstsymptomatik auch im Rahmen der übrigen Angststörungen gefordert wird. Ob sich die theoretisch mögliche Ansteuerung in der praktischen Anwendung der Software aber auch tatsächlich einstellt, wo dies angezeigt wäre, bleibt zu überprüfen. Im Gegenzug hatte unsere Entscheidung aber auch zur Folge, dass im Klenico-System nun etliche Körperveränderungsmerkmale doppelt zu finden sind und zwar einmal im Bereich der Angststörungen auf der Ebene von Symptomen und einmal im Bereich der Somatoformen Störungen auf der Ebene von Subspezifikationen. Dazu gehören unter anderem „Übelkeit“, „Schweißausbrüche“ und „Mundtrockenheit“ bzw. „Ständige Mundtrockenheit“. Verschärfend kommt hinzu, dass den gleichnamigen Merkmalen unterschiedliche Item-Operationalisierungen zugeordnet sind, was dem Grundprinzip des Klenico-Verfahrens klar zuwiderläuft (vgl. 4.2.2.2). Zudem war es notwendig, in den Items der Körperveränderungsmerkmale jeweils eine semantische Verknüpfung zu einem starken Angsterleben einzubauen. Die Problematik, die dadurch im Rahmen der Selbstauskunft entstehen kann, wird weiter unten, in der kritischen Würdigung des Bereichs Belastungsstörungen ausführlicher erörtert (vgl. 4.2.1.11).

Weitere konzeptionelle Unstimmigkeiten waren bei der Sozialen Phobie und bei der Generalisierten Angststörung auszumachen. Im ersten Fall entstand angesichts der aufgeführten Erlebensweisen der Betroffenen (die im Wesentlichen als dem Bewusstsein zugängliche Begründungen formuliert sind, um eine soziale Situation zu vermeiden) der Eindruck, dass dahinter sehr unterschiedliche innerpsychische Prozesse ablaufen könnten. Daher erscheint es fraglich, ob sich die zusammengestellte Symptomstruktur im Rahmen einer empirisch fundierten NMDS-Analyse tatsächlich als ein kohärentes Cluster zeigt. Im Fall der Generalisierten Angststörung betrifft die Unstimmigkeit im Wesentlichen die schwierige Abgrenzbarkeit

insbesondere zur depressiven Symptomatik, auf die im DSM-5 mitunter hingewiesen wird. Auf der Ebene von Symptomen vermag diese differenzialdiagnostische Schwierigkeit eigentlich nicht zu überraschen, da die aufgeführten Symptome größtenteils auch in anderen Störungskategorien – darunter die Depression – zu finden sind. Dieser Umstand führte aber letztlich wiederum zu einer Doppelführung etlicher Symptome in verschiedenen Bereichen, darunter „Innere Unruhe“, „Innere Anspannung“, „Reizbarkeit“, „Ermüdbarkeit“ und „Schlafstörungen“ aus dem Bereich Depression sowie „Erhöhte Schreckreaktion“ (vs. „Erhöhte Schreckhaftigkeit“) aus dem Bereich Belastungsstörungen. Um hier zu einer Lösung zu gelangen, die dem Grundprinzip des Klenico-Systems eher entspricht als die aktuelle Doppelführung von Symptomen, wird eine NMDS-Analyse über alle davon betroffenen Bereiche hinweg sicher aufschlussreiche Ergebnisse liefern können. Gleiches gilt auch für den Unterbereich Agoraphobie, der aufgrund der potenziell in den Kriterienformulierungen enthaltenen Subtypen eine etwas übermäßig komplexe Symptomstruktur aufweist.

Der Bereich Angststörungen stellt somit ein weites Feld für weitere, auf empirischen Daten basierende Untersuchungen dar, die hoffentlich – und gerade mit der Methodik der NMDS-Analyse – Klärungen und vielleicht sogar weitere Erkenntnisse zutage zu fördern vermögen. Solche Untersuchungen könnten indes auch wichtige Anhaltspunkte liefern, um die Symptomstrukturen des gesamten Bereichs Angststörungen gegebenenfalls einfacher und weniger umfangreich zu gestalten.

4.2.1.9. Abhängigkeiten

Der Bereich Abhängigkeiten umfasst vier Unterbereiche mit jeweils einer spezifischen Symptomstruktur zur Erfassung der Abhängigkeiten von Alkohol, Drogen, Medikamenten und Tabak. Im Unterbereich Drogen lassen sich zudem die vier Substanzklassen Opioide, Cannabinoide, Stimulanzien und Halluzinogene spezifizieren, während der Unterbereich Medikamente in erster Linie die beiden Arzneimittelgruppen Sedativa und Analgetika adressiert. Die jeweiligen Symptomstrukturen sind inhaltlich sowie vom Umfang her an die Besonderheiten des betreffenden Unterbereichs angepasst, so dass beispielsweise die Tabakabhängigkeit nur noch mit halb so vielen Symptomen erhoben wird wie die Alkoholabhängigkeit. Somit hebt sich der gesamte Bereich relativ deutlich von der Struktur der diagnostischen Kriterien im DSM-5 und in der ICD-10 ab, die sich ja gerade dadurch auszeichnet, dass die Kriterien unabhängig von der Substanz(klasse) weitgehend dieselben bleiben. Dass das Klenico-System hier

einen eigenständigen Weg einschlägt, ist aus zweierlei Gründen nicht ganz unproblematisch: Erstens müssen sich die Diagnostiker, denen die diagnostischen Kriterien zumindest zu Beginn ihrer Anwendung des Klenico-Systems viel vertrauter sind, in der neuen Struktur zurechtfinden. Das ist vor allem im Unterbereich Drogenabhängigkeit bei weitem nicht als Selbstverständlichkeit zu betrachten und sollte nach Möglichkeit systematisch überprüft werden. Zweitens erfolgte die Reduktion des Symptomumfangs – insbesondere in den Bereichen Medikamenten- und Tabakabhängigkeit – aufgrund theoretischer Überlegungen, denen letztlich sehr viele apriori-Annahmen zugrunde liegen. Wünschenswert wäre also auch hier eine auf empirischen Daten basierende Überprüfung, ob die Reduktionen auch aufgrund psychometrischer Eigenschaften gerechtfertigt erscheinen. Dazu müssten die weggelassenen Symptome allerdings erst noch in eine operationalisierende Item-Form gebracht werden.

Einer im Rahmen des Klenico-Projekts erfolgten Recherche zufolge gibt es erstaunlicherweise relativ wenige Erhebungsinstrumente zu Abhängigkeitsstörungen, die das Fragebogen- bzw. Selbstauskunftsformat nutzen. In diesem Sinne fast schon eine Ausnahme stellt der AUDIT (Babor et al., 2001) dar, der in der S3-Leitlinie zu Alkoholabhängigkeiten (AWMF, 2016) auch offiziell als Screening-Instrument empfohlen wird. Obwohl er für die Symptomstruktur der Alkoholabhängigkeit in mancher Hinsicht eine wichtige Orientierung bot, konnten seine Items nicht eins zu eins ins Klenico-System übernommen werden. Insofern dürfte ein Vergleich anhand empirischer Daten zur Überprüfung der Kongruenz zwischen dem AUDIT (Babor et al., 2001) und dem Klenico-Unterbereich Alkoholabhängigkeit keine unzulässige Scheingenauigkeit produzieren. Für den Unterbereich Tabakabhängigkeit böte sich der sogenannte Fagerström-Test (z.B. Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991) an. Ansonsten scheint es angezeigt, zur empirischen Überprüfung der Klenico-Items im Bereich Abhängigkeiten auf ein umfassendes diagnostisches Instrument wie z.B. den SKID-II (Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) zurückzugreifen.

Gerade was die Erfassung von quantitativen Angaben zum Konsumverhalten angeht, erwies sich die bestehende Struktur der Klenico-Software (Stand 2018) in mancher Hinsicht als einschränkend. Da insbesondere das Selbstauskunftsmodul (vgl. 2.2.2.1) so aufgebaut ist, dass es im Regelfall durch alleiniges Tippen und Schieben auf einer Touchscreen-Oberfläche absolviert werden kann, wurde konsequenterweise auch die Möglichkeit ausgeschlossen, numerische Daten per Tastatur einzugeben. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, alle benötigten quantitativen Angaben in die Item-Formulierungen zu integrieren. Der in solchen Fällen bisweilen hilfreiche Ansatz der kategorialen Abstufung (z.B. „zwischen 1 und 5“, „zwischen

6 und 10“, etc.) fiel als Ausweichmöglichkeit ebenfalls weg, weil dies die Anzahl der Selbstauskunfts-Items drastisch erhöht und damit letztlich zu Einbußen der Effizienz geführt hätte. So blieb nur die Lösung der Schwellenwerte, die über- oder unterschritten sein müssen, um das Item als zutreffend anzuklicken. Dieses Verfahren konnten wir insofern gewinnbringend nutzen, als dass damit ein gewisser Schwellenwert zur Konsummenge oder -häufigkeit einheitlich und klar festgelegt ist und die Einschätzung nicht dem einzelnen Diagnostiker überlassen werden muss, wie dies zumindest die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 (APA, Falkai & Wittchen, 2015, S. 661–810) implizieren. Nachteilig hatte das aber auch zur Folge, dass dabei weitere Einflüsse zur Beurteilung der Konsummenge – beispielsweise das Körpergewicht und das Geschlecht – erst einmal nicht berücksichtigt werden. Ebenso bleibt unklar, ob die von uns verwendete Bezeichnung „ein alkoholisches Getränk“ von den Patienten genauso verstanden wird, wie es die S3-Leitlinien vorgeben (AWMF, 2016). Während das Fragebogenformat des AUDIT (Babor et al., 2001) es beispielsweise erlaubt, eine klare Definition zu geben, ist dies in der Klenico-Software bislang (Stand 2018) nicht möglich.

Trotz der erwähnten Einschränkungen steht mit dem Bereich Abhängigkeiten doch eine verhältnismäßig kompakte Symptomstruktur zur Verfügung, die der Relevanz und der Häufigkeit des Auftretens in der Versorgungspraxis Rechnung trägt. Weiterhin sollte abgewogen werden, ob die Erfassung des Bereichs Tabakabhängigkeit im vorgesehenen Einsatzbereich der Klenico-Software tatsächlich nützlich ist. Hierzu sollten auch Einschätzungen von Klinikern eingeholt werden, die sich nicht schwerpunktmäßig mit Abhängigkeiten befassen.

4.2.1.10. Essstörungen

Im Bereich Essstörungen sind pathologische Phänomene zusammengefasst, bei denen das Erleben durch die Betroffenen ebenso wie deren konkreten Verhaltensweisen von Nicht-Betroffenen teilweise nur schwer nachvollzogen werden können. Das gilt in besonderem Maße für die Anorexia Nervosa, etwas abgeschwächer aber auch für die Bulimia Nervosa und die Binge-Eating-Störung. Entsprechend anspruchsvoll gestaltete sich das Unterfangen, die phänomenalen Qualia des Erlebens durch die Betroffenen in präzise und prägnante Formulierungen zu bringen. Insgesamt haben wir den Eindruck, dass dies überwiegend gelungen sei, wobei diese Einschätzung eben von Nicht-Betroffenen erfolgt. Eine gewisse Klarheit wird auch hier nur ein auf empirischen Daten basierender Abgleich mit bereits etablierten Messinstrumenten im Hinblick auf psychometrische Eigenschaften der Items liefern und zwar sowohl für

sich stehend als auch in Kombination mit den anderen Items dieses Bereichs. Ergänzend könnte – wie schon für den Bereich Zwänge angedacht (vgl. 4.2.1.7) – mit betroffenen Patienten eine systematische Forced-Choice-Erhebung durchgeführt werden, bei der die Klenico-Items mit denjenigen eines ähnlichen Erhebungsinstruments um die zutreffenderen innerpsychischen Beschreibungen konkurrieren würde. Als möglicher Kandidat für einen solchen Abgleich käme der Munich Eating and Feeding Disorder Questionnaire (Munich ED-Quest; Fichter, Quadflieg, Gierk, Voderholzer & Heuser, 2015) in Frage, wobei dieser eher auf quantitative Fakten des Essverhaltens fokussiert und die psychischen Begleitphänomene etwas zweitrangig zu behandeln scheint.

Die im Diskussionsabschnitt zu den Abhängigkeiten bereits erläuterte Einschränkung, dass der Aufbau der Klenico-Software insbesondere im Selbstauskunftsmodul keine Möglichkeit bietet, um numerische Eingaben per Tastatur zu tätigen (vgl. 4.2.1.9), trat im Bereich Essstörungen fast noch gravierender zutage. Durch den Ansatz der Schwellenwerte konnten etwa für die Symptome „Restriktives Essverhalten“ und „Niedrige Gewichtslimite“ zwar gute Lösungen gefunden werden, wobei sich die konkreten Angaben (2000 kcal bzw. 50 kg) in der Praxis bzw. bei empirischen Überprüfungen erst noch bewähren müssen. Problematischer wirkt sich die Einschränkung bei den Symptomen „BMI Untergewicht“ und „BMI Übergewicht“ aus. Anhand der behelfsmäßig bereitgestellten Tabellen lässt sich der BMI-Wert zwar grob einschätzen, aber die diagnostische Entscheidung muss an dieser Stelle erst einmal dichotom gefällt werden. Zwar hat der Diagnostiker im Rahmen der Ipsativen Anordnung (vgl. 1.4.5 und 2.2.2.3) die Möglichkeit, die Symptomausprägung – und damit auch das Ausmaß des Unter- oder Übergewichts – anzugeben, aber hierfür fehlt ihm in diesem Abschnitt der Symptomerfassung wiederum die tabellarische Grundlage. Außerdem fordert dieses Prozedere dem Diagnostiker ein relativ tiefes Verständnis über die Funktionsweise der Software ab. Deutlich einfacher und eleganter wäre es dagegen, wenn bereits der Patient die Möglichkeit hätte, die nötigen Angaben zur Berechnung des BMI (Größe, Gewicht, Alter und Geschlecht) selbst einzugeben und der Ausprägungsgrad des entsprechenden Symptoms von der Software automatisch berechnet würde. In diesem Sinne sollten die Betreiber der Klenico-Software im Auge behalten, ob die Diagnostiker ihren Anwendungsspielraum zur Abbildung der Ausprägungsgrade tatsächlich nutzen, oder ob hier nicht doch technische Weiterentwicklungen angezeigt sind.

Abschließend sei noch auf einige systematische Informationslücken hingewiesen, die sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Verlaufsdokumentation von Essstörungen ins Gewicht fallen können. Die erste steht wiederum in Zusammenhang mit der fehlenden Möglichkeit, quantitative Angaben in der Software zu registrieren und betrifft u.a. die Symptome „Erbrechen selbstinduziert“ und „Fasten“. In beiden Fällen macht das entsprechende Item nur sehr vage Häufigkeitsangaben („manchmal“), so dass bei einer Zustimmung nicht feststeht, wie häufig das Verhalten vorkommt. Im Rahmen einer Therapie ist die Abnahme der Häufigkeiten sicherlich wünschenswert, was anhand der Klenico-Software aber kaum registrierbar bzw. nicht zu beziffern ist. Die zweite systematische Informationslücke besteht darin, dass anhand der festgelegten Screening-Items ein bestimmter Fall eigentlich nicht zu einer erweiterten Symptomexploration (vgl. 2.2.2.2) gelangt, dann nämlich, wenn bei einem Patienten Gewicht und Figur konstant bleiben, er kein restriktives Essverhalten an den Tag legt und keinen übermäßigen Sport betreibt, aber dennoch Essanfälle hat. Diese Lücke könnte leicht geschlossen werden, indem eines der beiden Items zu Essanfällen zusätzlich als Screening-Item festgelegt würde.

4.2.1.11. Belastungsstörungen

Im Kontext der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik (vgl. 1.3.1.2) stellt die Gruppe der Belastungsstörungen einen gewissen Sonderfall dar. Das Gemeinsame an dieser Störungsgruppe ist nämlich, dass auf konzeptioneller Ebene ein Zusammenhang postuliert wird zwischen einem anamnestisch zurückliegenden Ereignis und einer als Folge davon auftretenden Symptomatik. Solche Zusammenhänge stellen aber zumindest rudimentäre ätiologische Annahmen dar, die im Grundverständnis der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik eigentlich keine Rolle spielen sollten. Bezeichnenderweise stellt diese Störungsgruppe für das Klenico-System, das methodisch und formal relativ streng auf eine rein deskriptive Befunderhebung ausgerichtet ist, vor nicht unerhebliche Probleme. Konkret geht es darum, dass für die einzelnen Symptome jeweils ein Bezug zu einem potenziell traumatisierenden Ereignis herzustellen ist. Bei Erhebungen mit störungsspezifischen Messinstrumenten – in diesem Fall beispielsweise die Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5; Weathers et al., 2018) – kommt diesem Umstand kaum Bedeutung zu, weil in der Regel zunächst das Vorliegen eines traumatisierenden Ereignisses erfragt wird, und sich die nachfolgende Symptomexploration selbstredend darauf bezieht. Im Selbstauskunftsmodul der Klenico-Software erfolgt die Präsentation der Erhebungs-Items jedoch nach Zufallsprinzip, damit der Patient eben gerade

keine Verbindungen zu übergeordneten Störungskonzepten herstellen kann, sondern die Symptom-Items isoliert und unabhängig voneinander beurteilen muss. Insofern setzt das Klenico-System den Grundgedanken der deskriptiv-operationalisierten Diagnostik sehr konsequent um.

Um der eben geschilderten Problematik zu begegnen, integrierten wir in die meisten Ich-Aussage-Items aus dem Bereich Belastungsstörungen eine semantische Referenz mit Formulierungen wie „das schlimme Geschehen“ oder auch nur „das Geschehen“. Unter Beibehaltung der methodischen Stringenz des Klenico-Systems war dies eine naheliegende Lösung, um die konzeptionell geforderten Verbindungen zu einem potenziell traumatisierenden Erlebnis herzustellen. Dem Patienten fordert diese Lösung allerdings eine nicht zu unterschätzende kognitive Leistung ab, zumal ihm bei einer Zusammenstellung, die mehrere hundert Items umfassen kann, immer mal wieder eines präsentiert wird, welches auf ein bestimmtes Ereignis bezogen ist, was bei den übrigen Items nicht der Fall ist. Diese Schwierigkeit kann dazu führen, dass die betreffenden Items nicht verstanden oder schlicht übersehen werden, was letztlich die Gefahr einer systematischen Unterschätzung der Symptomatik im Bereich Belastungsstörungen birgt. Inwieweit dies tatsächlich zutrifft, muss letztlich anhand einer empirischen Untersuchung überprüft werden. Hierfür würde sich ein Abgleich mit der als Fremdbeurteilungsinstrument konzipierten CAPS-5 (Weathers et al., 2018) anbieten. Darüber hinaus sollte auch die Möglichkeit in Erwägung gezogen werden, auf die semantischen Referenzen in den Items zu verzichten. Dann wäre zu prüfen, ob die Symptomatik der Belastungsstörungen mit Intrusionserlebnissen, Vermeidungsverhalten, Hypervigilanz, etc. für sich genommen eine gewisse Spezifität aufweist, ohne dass sie sich zwingend auf ein und dasselbe Geschehen bezieht. Dieser letztgenannte Aspekt ist übrigens anhand der Operationalisierungen im Klenico-System auch gar nicht im Detail zu überprüfen: Ob der Patient sich bei der Beantwortung der Items auf dasselbe Ereignis oder auf mehrere verschiedene (auch nicht traumatische) bezieht, bleibt offen. Schließlich bleibt es auch fraglich, ob die betroffenen Patienten ihre oft mit Scham- und Schuldgefühlen besetzten und mitunter verdrängten bzw. in der Erinnerung abgespaltenen Traumatisierungen auf zuverlässige Weise im Rahmen einer Selbstauskunft, d.h. auch ohne ein empathisch nachfragendes Gegenüber, zu Protokoll geben.

Insgesamt darf die entstandene Symptomstruktur im Bereich Belastungsstörungen aber – zumindest auf konzeptioneller Ebene – als gelungen betrachtet werden. So bietet sie nicht nur sieben konkrete Operationalisierungsvarianten des Konstrukts eines psychischen Traumas, sondern vermag auch eine breite Symptomatik mit thematischen Ausläufern bis hin zu

Konversionsstörungen auf transparente und verständliche Weise abzubilden. Auch scheint die bereitgestellte Definition zu dissoziativen Zuständen in dieser kompakten Form eher selten anzutreffen zu sein, was einen klärenden Beitrag in diesem theoretisch etwas verworrenen Gebiet der Psychopathologie leisten könnte.

4.2.1.12. Demenzen

Wie schon den Unterbereich Autismus (vgl. 4.2.1.3) konzipierten wir den Störungsbereich Demenzen im Sinne eines erweiterten Screenings sowie einer Dokumentationsplattform für Ergebnisse aus spezialisierten Testungen wie beispielsweise dem MMST (Kessler, Markowitsch & Denzler, 2000), der CDR (Hughes et al., 1982) oder dem MoCA (Nasreddine et al., 2004). Anlass für diese Entscheidung war einerseits der Umstand, dass neurodegenerative Entwicklungen bis heute nicht wirkungsvoll therapiert werden können und andererseits die Problematik, dass Testungen im Frühstadium aufgrund der damit verbundenen Angst bei den Patienten oft Verzerrungen aufweisen. Hinzu kam, dass für neurokognitive Untersuchungen eine Reihe spezialisierter, etablierter und bewährter Testverfahren – darunter die oben genannten – zur Verfügung stehen. Deren Integration ins Klenico-System erschien uns nicht realisierbar und außerdem überflüssig. Da in der Regel eher ältere Menschen von demenziellen bzw. neurodegenerativen Entwicklungen betroffen sind, setzten wir eine Alterslimite bei 55 Jahren, unterhalb derer in der Klenico-Software keine Erhebung des Bereichs Demenzen erfolgt. Dadurch verhinderten wir einerseits, dass Symptome aus dem Demenzbereich bei Patienten abgefragt werden, bei denen sich neurodegenerative Entwicklungen noch gar nicht manifestieren konnten, was zu einer Effizienzminderung der Selbstauskunft geführt hätte. Andererseits mussten wir dafür in Kauf nehmen, dass beispielsweise eine Demenz bei HIV-Krankheit, die sich theoretisch auch im jüngeren Alter entwickeln kann, nicht adressiert wird.

Im Hinblick auf eine zukünftige Überprüfung des Bereichs Demenzen anhand empirischer Daten sollte sicherlich die Aussagekraft der Selbstauskunft in den Vordergrund gestellt werden. Diese verhältnismäßig übersichtliche Zusammenstellung von acht Symptomen, denen 18 Selbstauskunfts-Items zugeordnet sind, entsprechen inhaltlich in etwa dem, was auf einschlägigen Internetseiten, die sich an Betroffene oder deren Angehörige richten, an Selbsttests zu finden ist. Aufschlussreich wäre es hier beispielsweise zu erfahren, wie gut das Antwortverhalten im Selbstauskunftsteil die Ergebnisse von spezialisierten Testungen vorherzusagen

vermag, oder ob die Selbstauskunfts-Items inkrementelle diagnostische Aussagen über diejenigen der spezialisierten Testungen hinaus erlauben. Schließlich sollte auch in Erfahrung gebracht werden, bis zu welchem Stadium einer neurodegenerativen Entwicklung die Selbstauskunft überhaupt noch verwertbare und aussagekräftige Daten zu liefern vermag. Ein weiteres wichtiges Untersuchungsfeld bestünde in der Differenzialdiagnostik zwischen depressiv und neurodegenerativ bedingten Kognitionsstörungen im fortgeschrittenen Alter: Da kognitive Leistungseinbußen aufgrund einer Depression, die ja prinzipiell als transient zu betrachten ist, möglicherweise gleichzeitig vorliegende Leistungseinbußen aufgrund einer neurodegenerativen Erkrankung meistens „verdeckt“, ist eine Demenzabklärung in der Regel gar nicht aussagekräftig, solange die depressive Komorbidität besteht. Möglicherweise könnte hier eine NMDS-Analyse Hinweise liefern, ob in den Bereichen Demenzen und Depression Symptome oder Items zu finden sind, anhand derer eine Differenzierung gelingt.

Insgesamt stellt die Symptomstruktur des Bereichs Demenzen sicherlich eine pragmatische Lösung für die methodischen, psychometrischen und nicht zuletzt auch interpersonellen Schwierigkeiten bei Demenzabklärungen dar. Inwieweit der Selbstauskunftsteil an sich und darüber hinaus auch in Abhängigkeit des Krankheitsstadiums relevante diagnostische Daten zu liefern vermag, lässt sich ohne empirische Überprüfung nicht zuverlässig abschätzen. Überlegungen, den Bereich Demenzen ganz aus der standardmäßigen Symptomerfassung des Klenico-Systems auszuschließen, sind angesichts der dadurch zu gewinnenden Effizienzsteigerung bei älteren Patienten durchaus angezeigt. In einen solchen Entscheidungsprozess sollte idealerweise auch die Einschätzung von Diagnostikern fließen, die in ihrem Alltag mit Demenzabklärungen zu tun haben.

4.2.1.13. Intensivmerkmale

Den Bereich Intensivmerkmale übernahmen wir ohne wesentliche Änderungen und ohne Auslassungen direkt aus dem deutschen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS; DIMDI, 2020a). Das Merkmal Suizidalität unterteilten wir in insgesamt fünf Symptome, wovon vier dazu dienen, eine abgestufte Erfassung suizidaler Tendenzen zu ermöglichen, was den Empfehlungen der S3-Leitlinie zu unipolarer Depression entspricht (AWMF, 2015b, S. 160). Die Information aus den vier Selbstauskunftssymptomen werden von der Software gleichsam auf das fünfte Symptom (ein Diagnostiker-Symptom) geleitet, so dass der Diagnostiker angehal-

ten wird, die Suizidalität unabhängig von ihrem Ausprägungsgrad in der Selbstauskunft nochmals einzuschätzen, wobei ihm dann auch die Ipsative Anordnung (1.4.5) zur Verfügung steht. Ob diese relativ komplexe und innerhalb der Klenico-Software unübliche Konstruktion von den Anwendern, insbesondere den Diagnostikern, soweit verstanden wird, dass sie sie nutzen können, oder sie zumindest für keine Verwirrung sorgt, sollte in der Anwendungspraxis unbedingt sorgfältig abgeklärt werden.

Während in der Versorgungspraxis den meisten Merkmalen dieses Bereichs im Wesentlichen die Funktion einer Dokumentationsmöglichkeit zukommt, bilden die Symptome „Suizidalität“, „Selbstverletzungen“ und „Gewaltbereitschaft“ insofern Ausnahmen, als dass sie beim Patienten erfragt werden müssen. Dabei stellt sich die zentrale Frage, wie zuverlässig die Information aus den entsprechenden Selbstauskunfts-Items tatsächlich ausfällt, zumal suizidale Gedanken wie auch Selbstverletzungstendenzen von den Betroffenen in der Regel nicht offen kommuniziert werden. Eine exakte und umfassende, auf empirischen Daten beruhende Überprüfung ist daher sicher dringend indiziert. Ein erster Ansatz dazu wäre ein einfacher Abgleich zwischen den in der Selbstauskunft durch den Patienten angegebenen Daten mit den von erfahrenen Fachpersonen getroffenen Einschätzungen. Gerade im Gebiet der Suizidalität steht eine Erhebung über Fragebögen oder andere Selbstauskunftsinstrumente im klaren Widerspruch zu den Empfehlungen der S3-Leitlinie zu unipolarer Depression, wonach „der Behandelnde aktiv sehr präzise und detailliert die Art der Suizidgedanken, den Planungsstand suizidaler Handlungen und die vorbereitenden Maßnahmen zu [sic] erfragen“ soll (AWMF, 2015b, S. 160). Auch Prof. Hegerl (persönliche Kommunikation, 10. Okt. 2016) erklärte uns, dass die Exploration der Suizidalität immer als Fremdbeurteilung durch den Diagnostiker und im direkten Gespräch mit dem Patienten zu erfolgen hat. Vor diesem Hintergrund ist zu überlegen, ob die Selbstauskunft zur Suizidalität nicht ohnehin aus dem Klenico-Verfahren entfernt werden sollte. Auch wenn die Anwendung der Klenico-Software den Diagnostiker natürlich nicht von seiner Ausrichtung nach der Guten klinischen Praxis (good clinical practice) entbindet, kann sie ihn doch dazu verleiten, der Selbstauskunft zu starkes Vertrauen zu schenken, was zu einer systematischen Falsch-Negativ-Einschätzung führen würde. Überdies könnte die Selbstauskunft von Patienten, bei denen ein parasuizidales Verhalten vorliegt (vgl. AWMF, 2015b, S. 160), im weitesten Sinne manipulierend eingesetzt werden. Ein Beispiel hierfür wäre, wenn ein Patient kurz vor seiner geplanten Entlassung besonders hohe Werte im Bereich der Suizidalität angibt.

Insgesamt stellt der Bereich Intensivmerkmale also eine praxisorientierte Lösung dar, um störungsübergreifende Auffälligkeiten, denen in der Behandlung eine wichtige, bisweilen sogar zentrale Rolle zukommt, gesondert zu registrieren. Vieles spricht dafür, die Selbstausskunft in diesem Bereich wegzulassen, sofern sie sich nicht – was eigentlich nicht zu erwarten ist – in empirischen Untersuchungen als hochgradig zuverlässig herausstellen sollte.

4.2.2. Einschätzungen zum gegenwärtigen Stand des Item-Inventars

Im Einleitungsteil wurde die psychiatrische Diagnostik nicht nur im Hinblick auf ihre jüngere historische Entwicklung, sondern auch in Bezug auf ihre erkenntnistheoretischen Problemfelder und deren Implikationen für die heutige diagnostische Praxis ausführlich erörtert. Als besonders fraglich erschien dabei die in den diagnostischen Verzeichnissen (ICD-10 und DSM-5) vorgegebenen, starren Grenzen zwischen einzelnen Störungskategorien, zumal diesen Kategorien weder ätiologische Gemeinsamkeiten noch eine valide prognostische Aussagekraft eigen sind, sondern lediglich pathognomonische Ähnlichkeiten. Letztlich lief die Argumentationslinie darauf hinaus, dass der Robuscal-NMDS-Algorithmus (Läge, 2001) das Potenzial hat, diesen konzeptionellen Mängeln der psychiatrischen Diagnostik mit einer angemessenen Methodik zu begegnen. Seine Vorteile liegen einerseits in der Integration einer kategorialen und einer dimensionalen Sichtweise auf die Ähnlichkeiten von Merkmalen (in diesem Fall also von Symptomen) und andererseits in der Möglichkeit, diagnostisch relevante Cluster in symptombezogenen Daten erkennbar zu machen, die sich unabhängig von künstlich gezogenen Kategoriengrenzen ergeben können. Die zwingende Voraussetzung, dass der Robuscal-NMDS-Algorithmus (Läge, 2001) im Anwendungsfeld der psychiatrischen Diagnostik sein volles Potenzial überhaupt entfalten kann, wurde schließlich im Vorliegen eines umfassenden Inventars identifiziert, welches die Merkmale mehrerer Störungskategorien beinhaltet. Da die Anwendung des Robuscal-NMDS-Algorithmus (Läge, 2001) im Rahmen einer kommerziell verwendbaren Software geplant war, musste das gesuchte Inventar auch den methodischen und technischen Bedingungen dieser Software entsprechen bzw. insgesamt den Ansprüchen der praktischen psychiatrischen Diagnostik im Versorgungsalltag gerecht werden. Von den bereits bestehenden und etablierten, mehrere Störungsbereiche umfassenden Messinstrumenten für psychiatrische Diagnostik erwies sich keines als geeignet, um den gestellten Anforderungen gerecht zu werden, so dass das Merkmalsinventar neu konzipiert und erstellt werden musste.

Das gesuchte, auf die Anforderungen der Klenico-Software zugeschnittene Item-Inventar liegt nun vor. In einem ersten Schritt wählten wir dafür die in der Versorgungspraxis relevanten Störungskategorien aus der ICD-10 und dem DSM-5 anhand eines kriterienbasierten Vorgehens sorgfältig aus. Die getroffene Auswahl an Störungskategorien ordneten wir in einem zweiten Schritt insgesamt 21 Bereichen zu, wobei die Unterteilung der Implementierung eines Screening-Verfahrens diente, um letztlich die umfassende Erhebung effizienter zu gestalten. In einem dritten Schritt zergliederten wir die diagnostischen Kriterien der ausgewählten Störungskategorien in einzelne Merkmale, die wir zwischen DSM-5 und ICD-10 inhaltlich abglichen, und daraus schließlich einzelne Symptome extrahierten. Die Symptome unterteilten wir in einem vierten Schritt wiederum anhand von aufgestellten Kriterien in Selbstauskunfts- und Diagnostiker-Symptome. Der fünfte Schritt bestand in der Formulierung von Items für die Selbstauskunftssymptome, die möglichst treffend die phänomenalen Qualitäten des Erlebens durch einen Betroffenen wiedergeben und gleichzeitig auch den formalen Voraussetzungen der Software entsprechen sollten. Für die Diagnostiker-Symptome formulierten wir demgegenüber als sechster Schritt Anhaltspunkte, damit eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson das Vorhandensein dieser Symptome möglichst treffsicher und effizient beurteilen kann. Als siebter und letzter Schritt trafen wir aus den Selbstauskunfts-Items eine Auswahl an Screening-Items, anhand derer das Vorliegen weiterer Symptome im gleichen Störungsbereich besonders gut vorhersagbar erschien. Das auf diesem Weg erstellte Inventar umfasst insgesamt 410 Symptome, die 13 übergeordneten Bereichen zugeordnet sind. Von den 13 Bereichen sind drei in mehrere Unterbereiche aufgeteilt, so dass 21 durch das Screening-Verfahren direkt anzusteuern Bereiche resultieren. Diese Bereiche umfassen jeweils zwischen drei und 50 Symptomen, im Durchschnitt sind es knapp 20. Von den 410 Symptomen wurden rund drei Viertel als Selbstauskunftssymptome klassifiziert, die übrigen als Diagnostiker-Symptome. Da sich einige Symptome anhand von Subspezifikationen weiter unterteilen lassen, zielen die Klenico-Items auf insgesamt 612 psychopathologische Merkmale ab.

4.2.2.1. Errungenschaften

Soweit lässt sich das Vorhaben, das hinter der Entwicklung der Klenico-Items steht, dessen Umsetzung und dessen Resultat zusammenfassen. Das Inventar weist auf dem aktuellen Stand eine Reihe von Besonderheiten auf: Erstens wurden die einzelnen Merkmale in einem sehr engmaschigen Verfahren direkt aus den aktuellen diagnostischen Verzeichnissen (DSM-5 und ICD-10) abgeleitet, wobei der klinische Begriff des Symptoms durchgehend als Leitgedanke

fungierte. Somit ist die Basis für ein Erhebungsinstrument entstanden, das sich so eng an den beiden verbindlichen diagnostischen Verzeichnissen orientiert, wie dies sonst nur bei Checklisten (vgl. 1.3.3.1) oder bei strukturierten Interviews wie dem SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) und dem SKID-II (Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) der Fall ist (vgl. 1.3.3.2). Im Gegensatz zu diesen umfassenden Erhebungsinstrumenten ist das entstandene Item-Inventar aber darauf ausgelegt, die Effizienzvorteile von Selbstbeurteilungsverfahren (vgl. 1.3.3.5) zu nutzen. Deren große Einschränkung, nämlich das durch die Anwendung von faktorenanalytischen Verfahren bedingte Zurechtstutzen auf inhaltlich fragliche Syndromskalen, wird aber auch bei der künftigen Weiterentwicklung des Klenico-Item-Inventars die enge Anlehnung an die diagnostischen Verzeichnisse nicht gefährden. Insofern wird es weiterhin möglich sein, eine Verbindung zwischen den Klenico-Symptomen und den diagnostischen Kriterien gemäß ICD-10 und DSM-5 herzustellen, was in dieser Form bei keinem der erwähnten diagnostischen Instrumenten gegeben ist.

Zweitens fand nicht nur ein Abgleich zwischen den einzelnen Kriterien des DSM-5 und der ICD-10 statt, sondern deren weitgehend additive Integration, zumal die darin jeweils enthaltenen Merkmale auch dann ins Inventar aufgenommen wurden, wenn sie nur in einem der beiden Verzeichnisse zu finden waren. Daraus resultierte zum einen eine sehr breite symptomatische Abstützung der jeweiligen Störungskonzepte, die sich im Rahmen einer empirischen Validierung bei Bedarf auch wieder enger fassen ließe. Zum anderen hat dieses Vorgehen aber auch einen inhaltlichen Spagat ermöglicht zwischen dem modernen, die neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse widerspiegelnden DSM-5, und der alten, bislang aber im deutschsprachigen Raum noch verbindlichen ICD-10. Auch dieser Umstand ist bei den bekannten diagnostischen Instrumenten nicht gegeben.

Drittens floss in das Item-Inventar und die zugrundeliegenden Symptomstrukturen ein umfassendes Expertenwissen ein und zwar zum einen im Sinne eines vertieften Verständnisses der Störungskonzepte und der Empfindungen von Betroffenen, zum anderen aber auch in Form von ergänzenden Merkmalen, die diagnostisch wichtige Hinweise liefern können. Vor allem aber begutachteten die involvierten Experten im Rahmen eines Review-Prozesses die Items ebenso wie die Symptomstrukturen und machten gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge. Welche Bedeutung dieser weitgehend erfolgten Überprüfung letztlich beigemessen werden kann, wird noch weiter zu erörtern sein (vgl. 4.2.2.2 und 4.2.2.4).

Als vierte Besonderheit zeichnet sich das erstellte Inventar durch eine sehr hohe Transparenz in Bezug auf seinen Entstehungsprozess aus, wozu die vorliegende Dissertation einen

wesentlichen Teil beisteuert. Indem die einzelnen Schritte zur Symptom-Extraktion ebenso wie derjenigen zur Item-Formulierung anhand expliziter Kriterien und Entscheidungsregeln erfolgten, bleibt das Vorgehen auch für die Zukunft und für Personen, die nicht an der Entwicklung beteiligt waren, nachvollziehbar. Das kann zum einen für den praktisch tätigen Kliniker von Vorteil sein, da er sich jederzeit über das Zustandekommen bestimmter Strukturen und Formulierungen, die ihm nicht ad hoc verständlich sind, informieren kann. Zum anderen könnten die zur Verfügung stehenden Informationen über den Entstehungsprozess des Klenico-Systems künftig auch im wissenschaftlichen Kontext zu Klärungen beitragen, so etwa, wenn das Item-Inventar als Grundlage für eine Stichprobenbildung psychiatrischer Patienten eingesetzt wird. Im Übrigen grenzen sich die Klenico-Items mit ihrer transparenten Entstehungsweise auch deutlich von AMDP-System (AMDP, 2016) ab, das diesbezüglich ein nicht unerhebliches Manko aufweist (vgl. 1.3.3.4).

Fünftens wurde bei der Formulierung der Selbstaussagen-Items mit besonderer Sorgfalt darauf geachtet, dass die phänomenalen Qualia des Erlebens durch die Betroffenen präzise erfasst werden. Auch wenn dieses Ansinnen anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten im Bereich der psychiatrischen Diagnostik nicht per se abgesprochen werden kann, so fällt doch immer wieder auf, dass deren Items bisweilen unnötig komplizierte Satzgefüge aufweisen und manchmal sogar verschiedene Aspekte enthalten, die doch eigentlich separat zu beurteilen wären. Ein weiterer entscheidender Grund, den phänomenologischen Ansatz bei der Item-Formulierung weiter zu pflegen und zu verbessern, liegt in der wissenschaftlichen Operationalisierung von Symptomen: Wie im Abschnitt 1.3.1.3 erörtert wurde, ist in der Fachliteratur eine beachtliche Unklarheit auszumachen, was unter einem Symptom im Bereich der psychiatrischen Diagnostik eigentlich zu verstehen sei. Und selbst zu konkreten psychopathologischen Merkmalen wie beispielsweise der Derealisation und der Depersonalisation sind in der Fachliteratur eher vieldeutige Umschreibungen anstatt klare Definitionen zu finden (vgl. 3.2.5.19). Demgegenüber bieten die Klenico-Items zu jedem der rund 400 Symptome zumindest eine vorläufige Version einer operationalen Definition im engeren Sinne (vgl. 1.3.1.2), nämlich in Form einer Ich-Aussage, der eine Person (mutmaßlich) zustimmt, sofern das Symptom bei ihr vorliegt. Auch wenn die Operationalisierungen sicherlich noch einer empirischen Überprüfung unterzogen werden müssen, stellt dieser Ansatz doch ein wichtiger Schritt hin zu einer dringend benötigten, exakten wissenschaftlichen Nomenklatur dar. Darüber hinaus sei an dieser Stelle in Erinnerung gerufen, dass der phänomenologische Ansatz von Autoren wie Jaspers (1974), Bischof (2009) und Nagel (2016) als fast schon einzig adäquater Lösungsweg im Umgang mit dem Leib-Seele-Problem gesehen wird (vgl. 1.2.1.4).

4.2.2.2. Einschränkungen der internen Einheitlichkeit

Neben den soeben erwähnten Errungenschaften, die dem neuartigen Ansatz des Klenico-Verfahrens auch auf dem aktuellen Entwicklungsstand zugesprochen werden können, gilt es, auch gewisse Einschränkungen im Hinblick auf die Einheitlichkeit des Verfahrens bzw. auf die Stringenz in dessen aktueller Umsetzung zu erwähnen. Ein erster, nicht unerheblicher Punkt betrifft die Überprüfung der Symptomstrukturen und der Item-Formulierungen durch die jeweiligen Experten, die dafür zu einem strukturierten Review-Verfahren angeleitet wurden (vgl. 2.2.3). Für die meisten Bereiche kann dieser Prozess als vollständig abgeschlossen betrachtet werden, nicht jedoch für den Unterbereich ADHS, den Bereich Manie und die Intensivmerkmale. Das bedeutet, dass man von einem weitgehend, aber eben nicht vollständig durch Experten geprüften diagnostischen Inventar sprechen kann. Die Frage, wie dieser Umstand im Rahmen des angestrebten phänomenologischen Ansatzes – d.h. im Hinblick auf die Bestrebungen, die phänomenalen Qualia des Erlebens durch Betroffenen möglichst präzise zu erfassen (vgl. 1.2.1.4) – zu bewerten ist, wird weiter unten noch einmal aufgegriffen (vgl. 4.2.2.4). Anzumerken bleibt ferner, dass es trotz der strukturierten Vorgaben für das Review (vgl. 3.2.1) keine Möglichkeit gab, die kognitive Verarbeitungstiefe, mit der die Experten das Review betrieben, abzuschätzen oder gar auf einem bestimmten Level festzusetzen. Insofern kann die Wertigkeit des Review-Prozesses für die inhaltliche Validierung und damit auch eine mögliche Kennzeichnung als expertengeprüftes diagnostisches System nicht genau eingeordnet werden.

Ein zweiter wichtiger Punkt, der als eine gewisse Einschränkung der methodischen Stringenz zu sehen ist, betrifft das mehrfache Aufführen von Symptomen in unterschiedlichen Bereichen. Besonders häufig kam das nicht vor, nämlich bei lediglich elf von insgesamt 410 Symptomen. Ein Großteil dieser mehrfachen Nennungen betrifft die beiden Bereiche Depression und Generalisierte Angststörung, wobei die Item-Operationalisierungen der fünf Symptome „Ermüdbarkeit“, „Erschöpfung“, „Innere Anspannung“, „Innere Unruhe“ und „Reizbarkeit“ dieselben blieben. Das letztgenannte Symptom findet sich allerdings auch im Bereich Belastungsstörungen, dort aber mit einer anderen Item-Operationalisierung („Leute, die mich kennen, sagen, ich sei gereizter als vor dem Geschehnis“ vs. „ich bin leicht reizbar“). Weitere Doppelnennungen entstanden bei den Symptomen „Derealisation“ und „Depersonalisation“, die jeweils in den Bereichen Panikstörung und Belastungsstörungen auftreten und verschiedene Item-Operationalisierungen aufweisen, sowie beim Diagnostikersymptom „Einsicht

übermäßige Angst“, welches in den Bereichen Agoraphobie und Soziale Phobie auftritt. Auf der Ebene der Subspezifikationen gibt es die Doppelnennungen „Schweißausbrüche“ und „Übelkeit“, die in den Bereichen Somatoforme Störungen und Panikstörung auftreten und jeweils unterschiedliche Item-Operationalisierungen aufweisen. Das Merkmal „Impotenz“ schließlich kommt einmal als Symptom (im Bereich Essstörungen) und einmal als Subspezifikation (im Bereich Somatoforme Störungen) vor.

Diese Mehrfachnennungen von Merkmalen sind nicht in jedem Fall als problematisch zu betrachten. So weisen die Störungsbilder Depression und Generalisierte Angststörung auch auf konzeptioneller Ebene – d.h. in den diagnostischen Kriterien der ICD-10 und des DSM-5 – weitgehende Überschneidungen mit anderen Störungskategorien auf, so dass die Doppelung von Symptomen im Klenico-System als logische Konsequenz davon entstanden sind. In denselben Übergangsbereich fällt ferner auch das im empirischen Teil diskutierte Konzept der Agitierten Depression (vgl. 4.1.2), dessen Symptomatik ebenfalls Überschneidungen mit depressiven und angstbezogenen Störungsbildern aufweisen dürfte. Da die genannten fünf Symptome jeweils auch dieselben Item-Operationalisierungen aufweisen, sind sie sozusagen als „echte Doppelungen“ zu sehen, wobei die semantische Einheitlichkeit des Symptoms erhalten bleibt. Problematischer sind die Doppelungen indes, wenn sie mit unterschiedlichen, dem jeweiligen Störungsbild angepassten Item-Operationalisierungen verknüpft und dadurch nicht mehr beliebig zwischen den einzelnen Bereichen des Klenico-Systems austauschbar sind. Ruft man sich nämlich den grundlegenden methodischen Ansatz des Klenico-Systems in Erinnerung, so soll der Robuscal-NMDS-Algorithmus (Läge, 2001) unter anderem dazu dienen, Symptom-Cluster bzw. Syndrome unabhängig von den kategorial festgelegten Störungskonzepten aufzuspüren (vgl. 1.4.1). Die Voraussetzungen dafür liegen in NMDS-Analysen, welche die Symptome mehrerer Störungsbereiche umfassen. Dieses Grundprinzip wird aber unterwandert, wenn die Item-Operationalisierungen von gleichnamigen Merkmalen unterschiedlich ausfallen bzw. verschiedene Kontexte berücksichtigen. Dann ist nämlich zu erwarten, dass gleichnamige Merkmale nicht etwa in räumlicher Nähe, sondern eher weit auseinander zu liegen kommen. Diesem Umstand sollte im Rahmen einer NMDS-Analyse Rechnung getragen werden und die betreffenden Symptome und Subspezifikationen zumindest behelfsmäßig umbenannt werden. Schließlich bleibt zu erwähnen, dass die Doppelnennungen auch im Hinblick auf das im Methodenteil geschilderte Vorgehen zur Erstellung des Item-Inventars (vgl. 2.2.4) eine Abweichung darstellen. In den allermeisten Fällen wurde nämlich darauf geachtet, dass Merkmale unabhängig vom betreffenden Störungsbereich nur einmal als Symptome operationalisiert werden. Die trotzdem entstandenen Doppelnennungen stellen in dieser

Hinsicht vereinzelte Kompromisslösungen dar, die im Wesentlichen einer einfacheren Handhabung im Software-Modul des Diagnostischen Interviews (vgl. 2.2.2.3) bzw. einer gezielteren Ansteuerung im Rahmen des Screening-Verfahrens (vgl. 1.4.5) dienen. Es wäre wünschenswert, dass sich für die wenigen betroffenen Symptome im Rahmen einer Weiterentwicklung des Klenico-Systems adäquatere Lösungen finden lassen.

4.2.2.3. Einschränkungen der praktischen Verwendbarkeit

Bei seiner Anwendung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsalltag legt das Klenico-System einen klaren Fokus auf die symptombezogene Befunderhebung. Es stellt in der diagnostischen Praxis somit ein Bindeglied dar zwischen den Beschwerden von Patienten und der Vergabe von psychiatrischen Diagnosen. In dieser Funktion ist es am ehesten mit dem AMDP-System (AMDP, 2016; vgl. 1.3.3.4) vergleichbar, obwohl die beiden Systeme in ihrer Methodik wie auch in ihrer Aktualität deutliche Unterschiede aufweisen. An den praktisch tätigen Kliniker stellt die Anwendung der Klenico-Software somit gewisse Anforderungen, die nicht zu unterschätzen sind und bei einer Missachtung mitunter zu Nachteilen für den Diagnostiker ebenso wie für die Qualität des diagnostischen Prozesses und damit potenziell auch für die Patienten führen können.

Ein erster kritischer Punkt betrifft die Integration der diagnostischen Kriterien aus dem DSM-5 und aus der ICD-10. Die Entscheidung, beide diagnostischen Verzeichnisse bei der Extraktion von Symptomen gleichermaßen zu berücksichtigen, lag zum einen in der möglichst breiten Abstützung der jeweiligen Störungskonzepte. Zum andern sollte eine Diagnosestellung gemäß ICD-10-Kriterien weiterhin möglich bleiben, auch wenn die DSM-5-Kriterien den neueren Forschungsstand sicherlich besser abbilden (vgl. 2.2.4.3). Als Konsequenz dieser Überlegungen entstand ein Item-Inventar, welches nicht nur aus gemeinsamen Merkmalen bzw. Symptomen der beiden diagnostischen Verzeichnisse besteht, sondern auch Merkmale beinhaltet, die entweder nur im DSM-5 oder nur in der ICD-10 aufgeführt sind. Innerhalb der Klenico-Software wird die Herkunft der Merkmale oder Symptome aber nicht mehr unterschieden und ist somit für den Anwender nicht ersichtlich. Das wiederum erschwert es dem Diagnostiker, aus dem Klenico-Symptombefund eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gemäß ICD-10 abzuleiten, weil er hierfür im Grunde genommen jedes einzelne Klenico-Symptom mit den Formulierungen der diagnostischen Kriterien abgleichen müsste, um deren

Erfüllung zu überprüfen. Da ein solcher Abgleich unter den zeitlichen Restriktionen des klinischen Alltags kaum stattfinden dürfte, läuft das Klenico-System Gefahr, einen Symptombefund zu generieren, der nur in loser Verbindung mit der Diagnosestellung steht.

Ein weiterer kritischer Punkt bei der praktischen Anwendung des Klenico-Systems betrifft den Umfang des Item-Inventars, der mit insgesamt 410 Symptomen eine beträchtliche Größe aufweist. Entstanden ist dieser Umfang nicht durch eine apriori festgelegte Zielgröße, sondern aufgrund eines systematischen Vorgehens bei der Auswahl zu berücksichtigender Störungskategorien, das wiederum dem Vorhaben entsprach, alle in der Versorgungspraxis relevanten Störungsbilder mit einem einzigen System erfassen zu können. Dabei stellte sich heraus, dass die diagnostischen Kriterien der ICD-10 und des DSM-5 auf der Ebene von einzelnen Merkmalen relativ wenige Überschneidungen zwischen den einzelnen Störungskategorien aufweisen. Demnach sind Symptome wie beispielsweise Konzentrationsstörungen, die bei mehreren verschiedenen Störungsbildern als charakterische Merkmale aufgeführt sind, insgesamt eher selten anzutreffen. Bei der Erstellung des Item-Inventars gab es folglich kaum Gelegenheiten, um Merkmale aufgrund einer zu geringen Spezifität auszuschließen, was den immensen Umfang letztlich mitbestimmte.

Da rund drei Viertel der Symptome anhand der unter 2.2.4.4 formulierten Kriterien als Selbstauskunftssymptome konzipiert wurden, bedeutet der Einsatz des Klenico-Systems in seinem prototypischen Ablauf zunächst einmal einen sehr hohen Aufwand für den Patienten: Aufgrund der zahlreichen Subspezifikationen hat er allein im akuten Abschnitt der Symptomerfassung (vgl. 2.2.2.2) zwischen 100 und 500 Ich-Aussage-Items zu lesen, deren Zutreffen zu beurteilen und bei den zutreffenden Items den Belastungsgrad festzulegen. Im anamnestischen Abschnitt der Symptomerfassung kommt davon noch einmal etwa die Hälfte dazu. Perfiderweise nimmt der Bearbeitungsaufwand durch das eingebaute Screening-Verfahren zu, je breiter verteilt die Symptombelastung bei einem Patienten ausfällt, was in der Regel mit deutlich reduzierten kognitiven Kapazitäten einhergeht. Folglich dürften gerade stark belastete Patienten durchaus mehrere Stunden lang mit der Selbstauskunft beschäftigt sein, was sich wiederum in negativer Weise auf die Qualität der Selbstauskunftsdaten auswirken kann. Eine unzureichend bearbeitete oder auch unvollständige Selbstauskunft bedeutet aber wiederum einen erhöhten Aufwand für den Diagnostiker, um die ungenauen oder fehlerhaften Angaben im Rahmen des Diagnostischen Interviews zu korrigieren und zu ergänzen (vgl. 2.2.2.3). Insofern erscheint es fraglich, ob das Ziel der Effizienzsteigerung in der psychiatrischen Diagnostik mit dem Klenico-System auf dem aktuellen Entwicklungsstand wirklich zu

erreichen ist, wobei natürlich expliziert werden müsste, welches alternative diagnostische Vorgehen zum Vergleich heranzuziehen wäre.

Als dritter kritischer Punkt ist das systematische Weglassen bestimmter diagnostischer Kriterien zu sehen: Da das Klenico-System als ein Hilfsmittel zur Erfassung eines symptombezogenen Befundes konzipiert ist, wurde konsequenterweise entschieden, zeit-, frequenz- und verlaufsbezogene Kriterien auszuklammern (vgl. 2.2.4.3). Eine etwas marginalisierte Alternative zu den nicht immer nachvollziehbaren Zeitkriterien des DSM-5 oder der ICD-10 stellt die im Modul des Diagnostischen Interviews enthaltene Funktion dar, anhand derer sich der zeitliche Verlauf eines Symptombereichs grob klassifizieren lässt. Auch hier fehlen in der praktischen Anwendung der Klenico-Software aber letztlich wesentliche Brücken, um aus einem (fast) reinen Symptombefund eine psychiatrische Diagnose ableiten zu können. Die entscheidenden Informationen sind allerdings in den meisten Fällen beim Patienten einzuholen, sodass dieser Schritt zur Diagnosestellung nicht alleine vom Diagnostiker vollzogen werden kann. Insgesamt verlangt der praktische Einsatz des Klenico-Systems dem Diagnostiker also nicht nur ein kritisches und reflektiertes Mitdenken ab, sondern auch das eigeninitiative Einholen zusätzlicher anamnestischer Informationen. Ob praktisch tätige Kliniker die Bereitschaft dafür aufbringen, oder ob sie angesichts dieser Herausforderungen nicht doch wieder zu ihrer bisherigen Routine der psychiatrischen Diagnostik zurückkehren, sollte sorgfältig in Erfahrung gebracht werden.

4.2.2.4. Zur Bedeutung einer umfassenden empirischen Validierung

Bei der Entwicklung neuer psychometrischer Messinstrumente hat sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte ein in der Scientific Community allgemein akzeptiertes Verfahren durchgesetzt, wonach für das neue Messinstrument eine hohe Übereinstimmung mit ähnlichen Messinstrumenten (bzw. mit Messinstrumenten, die auf dasselbe oder ein ähnliches Konstrukt abzielen) nachzuweisen ist. Eine solche konvergente Validität wird aufgrund bestimmter Korrelationswerte in empirischen Daten ermittelt. Die übergeordnete, sogenannte Konstruktvalidität kann zusätzlich belegt werden, wenn sich geringere Übereinstimmungen (d.h. geringere empirische Korrelationswerte) mit Messinstrumenten ergeben, die auf ein alternatives Konstrukt abzielen (vgl. Bühner, 2006). Dass eine solche empirische Überprüfung aber nicht nur aufgrund von psychometrischen Konventionen angezeigt ist, sondern dass in deren Rahmen auch ganz spezifische Fragestellungen zu den einzelnen Störungsbereichen adressiert werden sollten, dürfte

durch die zahlreichen Erwähnungen im bisherigen Diskussionsteil mehr als deutlich geworden sein. Im Folgenden seien nochmals einige grundsätzliche Punkte vertieft angesprochen, weshalb der empirischen Validierung der Klenico-Items eine besondere Bedeutung zukommt.

Zunächst ist festzuhalten, dass das Item-Inventar nicht etwa durch ein einfaches Umformulieren von diagnostischen Kriterien in entsprechende Ich-Aussagen entstanden ist. Der gesamte Entstehungsprozess gliederte sich in insgesamt sieben Teilschritte, die jeweils eine ganze Reihe von spezifischen Entscheidungen erforderten (vgl. 2.2.4). Auch wenn diese Entscheidungen sorgfältig abgewogen wurden und im Einzelnen gut begründet erscheinen mögen, kann daraus nicht geschlossen werden, dass das Endprodukt (z.B. eine Zusammenstellung von Ich-Aussage-Items) die den diagnostischen Kriterien zugrundeliegenden Konstrukte auch tatsächlich abzubilden vermögen. Nicht nur bei der Extrahierung einer eigenständigen Symptomstruktur, sondern ganz besonders auch bei den Item-Formulierungen mussten bisweilen zahlreiche Annahmen getroffen werden, die eben auch falsch oder ungenau sein können. Besonders deutlich dürfte dies bei den quantitativen Konkretisierungen geworden sein, die etwa in den Bereichen Essstörungen und Abhängigkeiten gefunden werden mussten: Während den diagnostischen Kriterien kaum konkrete Angaben etwa zu einer kritischen Konsummenge oder einer restriktiven Nahrungsaufnahme zu entnehmen sind, erforderte das Klenico-System diesbezüglich klare Festlegungen. Ob dadurch grundsätzlich zu hohe oder zu niedrige Schwellen gesetzt wurden, sollte unbedingt anhand von repräsentativen Mittelwertsvergleichen zwischen „gesunden“ und von den Störungen betroffenen Personengruppen eruiert werden.

Dieselbe grundsätzliche Problematik verschärft sich noch einmal ganz entscheidend durch das integrierte Screening-Verfahren. Wie im Einleitungs- und im Methodenteil bereits erwähnt (vgl. 1.5.2 und 2.2.4.7) war die apriori-Auswahl von Screening-Items unter anderem notwendig, um den Programmierprozess der Screening-Funktion zu unterstützen. Es wäre jedoch schlichtweg vermessen zu behaupten, aufgrund von theoretischen Überlegungen die hier erforderliche, feine Ausbalancierung zwischen Sensitivität und Spezifität auch nur hinreichend abschätzen zu können. Entsprechende Fehlentscheidungen würden aber nicht nur die Konsequenz nach sich ziehen, dass ganze Störungsbereiche auf systematische Weise (im Sinne einer zu hohen Falsch-Negativ-Rate) übersehen werden, sondern die Fehlentscheidungen wären ohne empirische Überprüfung gar nicht als solche erkennbar. Diese enorme Gefahr, die sich im Versorgungsalltag sogar direkt negativ auf die Behandlung von Patienten auswirken könnte, lässt im Umkehrschluss aber auch das Potenzial deutlich werden, das einer

empirischen Überprüfung der Klenico-Items innewohnt: Wenn es nämlich gelingen würde, anhand einiger weniger Items das Vorliegen spezifischer Störungen mit einer (angemessen) hohen Wahrscheinlichkeit vorherzusagen, so käme der entsprechenden Auswahl für sich stehend eine enorme Bedeutung zu und zwar als ein umfassendes, aber dennoch knapp gehaltenes Screening-Instrument für psychiatrische Diagnostik.

In Anbetracht der bislang aufgeführten Argumente gibt es eigentlich keinen Grund, um auf eine gründliche und umfassende empirische Validierung des Item-Inventars zu verzichten – bis auf den Umstand, dass diese einen ungeheuren Aufwand bedeutet: Um eine wenigstens hinreichende Datenmenge für die anstehenden NMDS-Analysen zu bekommen, müssten schätzungsweise 1500 Patienten die Items sämtlicher Selbstauskunftssymptome beantworten, deren Zahl sich auf knapp 500 beläuft (vgl. 3.3). Bei der Auswahl der Patienten ist ferner ein Vorgehen zur stratifizierten Stichprobenbildung anzuwenden, damit alle Störungsbilder angemessen berücksichtigt werden. Für dieselben Patienten sollten desweitem psychopathologisch geschulte Fachpersonen die Items sämtlicher Diagnostiker-Symptome einschätzen und nach Möglichkeit die Selbstauskunftssymptome überprüfen. Schließlich müssten die Patienten eine gewisse Anzahl weiterer selbstauskunftsbezogener Messinstrumente bearbeiten, damit die notwendige Konstruktvalidierung erfolgen kann. Insgesamt müssen also nicht nur Patienten in einem für klinische Studien sehr unüblichen Umfang rekrutiert, sondern auch klinisches Fachpersonal für die diagnostischen Untersuchungen gewonnen werden.

Vor dem Hintergrund des immensen Aufwandes, der mit der empirischen Überprüfung der Klenico-Items verbunden ist, sind sicherlich Überlegungen gerechtfertigt, ob das Klenico-System nicht schon davor zum Einsatz gebracht werden kann. Schließlich, so ließe sich argumentieren, können eventuelle inhaltliche Unzulänglichkeiten im Selbstauskunftsmodul durch das integrierte Überblendungsverfahren (vgl. 2.2.1) im Modul des Diagnostischen Interviews durch den psychopathologisch geschulten Kliniker ausgleichen. Im Übrigen entbindet der Einsatz einer unterstützenden Software den Diagnostiker ja nicht von seiner Pflicht zur Guten klinischen Praxis (good clinical practice), die ohnehin ein sorgfältiges Prüfen von Angaben seitens des Patienten beinhaltet. Diesen Argumenten ist allerdings zweierlei entgegenzuhalten: Erstens müsste dem Diagnostiker klar kommuniziert werden, dass die Klenico-Items bislang keiner empirischen Validierung unterzogen wurden und daher ihre diagnostische Aussagekraft letztlich nicht zuverlässig eingeschätzt werden kann. Hätte er diese Information nicht, dürfte er im Sinne einer good scientific practice davon ausgehen, dass eine Validierung be-

reits stattgefunden hat. Zweitens bedeutet die eingeschränkte Verlässlichkeit der Selbstauskunftsdaten, dass der Diagnostiker sie eigentlich – da die Unzuverlässigkeit ja nicht genau lokalisiert werden kann – vollständig überprüfen müsste. Dadurch hätte er wiederum keinerlei Effizienzgewinn, den er sich doch von der Klenico-Software erhofft haben dürfte. Insgesamt bewirkt die Ungewissheit in der Validität der Selbstauskunft letztlich einen höheren Arbeitsaufwand für den Diagnostiker, was einem erklärten Ziel des Klenico-Systems diametral entgegensteht.

Abschließend bleibt zu erwähnen, dass das zu Beginn dieses Kapitels umrissene Verfahren der Konstruktvalidierung nur ein Hilfsmittel bzw. ein Etappenziel zu einer umfassenden inhaltlichen Validierung darstellt. Zu letzterer würde unter anderem auch die Bestimmung der prognostischen Validität gehören, also der Genauigkeit in der Vorhersage zukünftiger Entwicklungen wie z.B. den Verlauf einer Krankheit. Dass derartige Prognosen anhand der deskriptiv-operationalen Diagnostik bislang kaum gelingen, wurde bereits im Einleitungsteil (vgl. 1.3.4.1) ausführlich erläutert. Neben diesen Einschränkungen der Aussagekraft weist das Vorgehen zur Konstruktvalidierung aber noch ein weiteres Manko auf: Es eignet sich nämlich nicht, um festzustellen, ob das neu entwickelte Messinstrument das angezielte Konstrukt besser erfasst als die zum Vergleich herangezogenen Messinstrumente. Der im Klenico-System verfolgte phänomenologische Ansatz – d.h. die Bestrebungen, die phänomenalen Qualia des Erlebens durch die Betroffenen möglichst präzise zu erfassen (vgl. 1.2.1.4) – könnten im Rahmen einer Konstruktvalidierung also dazu führen, dass die Übereinstimmung mit ähnlichen Messinstrumenten gerade deshalb geringer ausfallen, weil die Klenico-Items die angezielten Konstrukte besser zu erfassen vermögen. Vor diesem Hintergrund kommt der Überprüfung der Item-Formulierungen durch ausgewiesene Experten wieder eine besondere Bedeutung zu, weil dadurch inhaltliche Präzisierungen besser erkannt und herausgearbeitet werden können als über empirische Korrelationsvergleiche. Wahrscheinlich noch genauer wäre dagegen die bereits angesprochene Methode eines paarweisen Item-Vergleichs, den wiederum die betroffenen Patienten selbst vornehmen würden (vgl. 4.2.1.7).

4.2.3. Ansätze zur Weiterentwicklung

Durch die bisherigen Ausführungen sollte deutlich geworden sein, dass das entstandene Item-Inventar nicht als abgeschlossenes Endprodukt zu sehen ist, sondern eher als Ausgangspunkt einer in Zukunft hoffentlich kontinuierlich fortgesetzten Weiterentwicklung. Das gilt bis zu

einem gewissen Grad auch für das gesamte Klenico-System und dessen methodischen Ansatz, der in Form der Klenico-Software seine Umsetzung in ein praxisbezogenes Erhebungsinstrument erfahren hat. Gerade was die praktischen Aspekte der psychiatrischen Diagnostik angeht, drängt sich die Weiterentwicklung auch angesichts der mittlerweile bevorstehenden Veröffentlichung der ICD-11 (WHO, 2020e) durchaus auf.

Im letzten Kapitel dieser Dissertation möchte ich einige Punkte aufzeigen, die mir für die bevorstehende Weiterentwicklung besonders wichtig erscheinen. Dabei ergeben sich aus meiner Sicht zwei mögliche Entwicklungspfade, die sich gegenseitig nicht etwa ausschließen, sondern idealerweise parallel zu beschreiten wären: Als „visionär“ ließe sich das Vorhaben bezeichnen, die Symptomerfassung in der klinischen Praxis ebenso wie zum Zweck von wissenschaftlichen Studien systematischer und gründlicher betreiben zu können. Das Ziel dieses Ansatzes läge darin, das Potenzial des Robuscal-NMDS-Algorithmus (Läge, 2001) vollständig auszureizen und auf der Basis von umfangreichen Analysen eine Cluster-Struktur bzw. eine Syndrom-Karte zu erarbeiten, die eine durch empirische Daten fundierte Alternative zu den diagnostischen Störungskategorien darstellen könnte. Die sich ergebenden Syndrome und deren Kombinationsformen wären in weiteren Untersuchungen auf ihre prognostische Validität hin zu überprüfen. Die hierfür ebenfalls notwendige, schrittweise Präzisierung der Item-Formulierungen könnten letztlich sogar dazu dienen, bestehende ätiologische Konzepte zu prüfen, zu ergänzen oder neu zu formulieren. Insgesamt würde das Klenico-System damit zum Vehikel, um die psychiatrische Diagnostik unter Beibehaltung eines deskriptiv-operationalen Ansatzes nicht nur reliabler, sondern vor allem auch valider werden zu lassen.

Den anderen Entwicklungspfad könnte man als „pragmatisch“ bezeichnen, da hier der Fokus eher auf der praktischen Verwendbarkeit des Klenico-Systems im klinischen Versorgungsalltag liegt. Die Vorteile und die Schwächen der deskriptiv-operationalen Diagnostik würden demnach (zumindest vorläufig) als gegeben erachtet. Dazu gehört neben der marginalen prognostischen Validität der Störungskategorien beispielsweise auch deren geringe Nützlichkeit, um eine spezifische Behandlungsplanung abzuleiten. Da im deutschsprachigen Gesundheitswesen den deskriptiv-operationalen Störungskategorien aber dennoch eine entscheidende Rolle – insbesondere bei der Kostenabrechnung – zukommt, läge das primäre Ziel bei der Weiterentwicklung des Klenico-Systems darin, den Klinikern in ihrem Versorgungsalltag ungeliebte und zeitraubende Aufgaben abzunehmen oder zumindest zu erleichtern. Konkret könnte durch den Einsatz der Klenico-Software etwa das monotone und oft nur mäßig aufschlussreiche Erfragen einzelner Symptome wegfallen.

Ein erster konkreter Ansatz zur Weiterentwicklung des Klenico-Systems adressiert ein weiter oben umrissenes Problem der praktischen Handhabung, nämlich die Schwierigkeit für den Diagnostiker, die einzelnen Symptome eines Störungsbereichs dem einen oder anderen diagnostischen Verzeichnis (ICD-10 vs. DSM-5) zuzuordnen (vgl. 4.2.2.3). Das Problem erscheint vor allem dann relevant, wenn die diagnostischen Kriterien einer bestimmten Störungskategorie im Detail überprüft werden sollen, was mit der aktuellen Software-Version (Stand 2018) einen erheblichen Aufwand für den Diagnostiker darstellen würde. Zur Beseitigung dieses Mankos ist eine Weiterentwicklung auf drei Komplexitätsstufen denkbar: Die einfachste Lösung würde darin bestehen, für jedes Symptom innerhalb der Software anzumerken, ob es eine inhaltliche Entsprechung in der ICD-10, im DSM-5 oder in beiden Verzeichnissen hat. Eine zweite, etwas benutzerfreundlichere Lösung würde es ermöglichen, wahlweise diejenigen Symptome auszublenden, die ihre Entsprechungen entweder nur in der ICD-10 oder nur im DSM-5 haben. Als dritte, noch stärker praxisorientierte Lösung wäre es schließlich denkbar, dass die diagnostischen Kriterien beider Verzeichnisse im originalen Wortlaut aufgerufen werden könnten und die inhaltlichen Bezüge zwischen den Formulierungen der Kriterien und den Klenico-Symptomen visuell (z.B. mit Hervorhebungen und Verbindungslinien) dargestellt würden. Diese letztgenannte Lösung würde es ferner ermöglichen, diejenigen Kriterien, die für das Klenico-System konsequent ausgeklammert wurden, dem Diagnostiker wieder vor Augen zu führen. Auf diese Weise ließe sich eine Brücke zwischen dem Klenico-Symptombefund und der darauffolgenden Vergabe einer psychiatrischen Diagnose herstellen (vgl. 4.2.2.3). Die für diesen Entwicklungsschritt nötigen inhaltlichen Angaben sind den Kapiteln zur Symptomextraktion vollständig zu entnehmen.

Ein zweiter konkreter Weiterentwicklungsansatz bezieht sich auf die Problematik der enormen Anzahl an Symptomen, deren Vorliegen mit der aktuellen Software-Version (Stand 2018) nicht nur eingeschätzt werden kann, sondern auch eingeschätzt werden soll. Im Rahmen einer empirischen Überprüfung der Klenico-Items ist es durchaus denkbar, dass einige Items oder Symptome aufgrund ihrer psychometrischen Eigenschaften wegfallen könnten, aber die Reduktionsmöglichkeiten dürften allein auf diesem Weg zu wenig Effekt haben. Deshalb wäre zu überlegen, ob der immense Umfang des bislang einheitlichen Klenico-Systems nicht besser durch eine Aufteilung in anwendungsbezogene Versionen zu verkleinern sei. So könnte etwa die vollständige Version mit rund 400 Symptomen vorwiegend für wissenschaftliche Zwecke beibehalten werden. Für den Einsatzbereich der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung könnten demgegenüber bestimmte Störungsbilder weggelas-

sen werden, wofür in erster Linie die Bereiche Psychosen, Manie und Demenzen in Frage kämen. Dadurch ließe sich nicht nur das Item-Inventar auf etwa 300 Symptome reduzieren, sondern auch die Problematik der fraglichen Selbstauskunftsdaten in diesen beiden Bereichen lösen (vgl. 4.2.1.1 und 4.2.1.4). Für die Anwendung in stationären Kliniken, wo meistens stark belastete Patienten untergebracht sind, sollte der Fokus letztlich auf den Screening-Items liegen, wobei der Umfang von 60-100 Symptomen (bzw. Items) für die meisten stationären Patienten zu bewältigen sein dürfte. Sofern die Sensitivität und Spezifität eines solchen Screenings auf der Basis von empirischen Daten auf befriedigende Weise austariert werden kann, ließen sich aus einem solchen Messinstrument tatsächlich schon das Vorliegen konkreter Störungsbilder abschätzen, was für die erweiterte Behandlungsplanung große Vorteile bringen könnte.

Ein dritter Ansatz zur Weiterentwicklung des Klenico-Systems ist eher auf der konzeptionellen Ebene anzusiedeln und betrifft den bisher ausgesparten Bereich der Disabilities, der dazu gedient hätte, funktionale Aspekte des Gesundheitszustandes, das Ausmaß der erlebten Behinderung sowie weitere soziale Beeinträchtigung zu erfassen (vgl. 3.2.3). Wie bereits erwähnt, wurde das Unterfangen, die entsprechenden konzeptionellen Vorlagen sowie die bereits existierenden Messinstrumente in die Struktur des Klenico-Systems einzupflegen, aufgrund von beschränkten Kapazitäten im Projektverlauf bis auf weiteres zurückgestellt. Eine zeitnahe Umsetzung scheint aber dennoch klar indiziert, zumal es allein aufgrund der deskriptiven Symptomatik kaum möglich ist, den Grad der Einschränkungen bzw. das generelle Funktionsniveau eines Patienten in seiner individuellen Umgebung einzuschätzen. Insofern stellt das Konzept der Disabilities eine hilfreiche und für die erweiterte Behandlungsplanung durchaus wertvolle Ergänzung zur deskriptiven Diagnostik im engeren Sinne dar. Zu überlegen bliebe allerdings, ob die in einzelne Merkmale zergliederten Disabilities zusammen mit Symptomen in einer gemeinsamen NMDS-Karte abgebildet oder doch getrennt behandelt werden sollten. Für die Integration in einer gemeinsamen NMDS-Karte spricht natürlich die dadurch zu erzielende Übersichtlichkeit. Andererseits besteht auf konzeptioneller Ebene aber doch ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Ansätzen, so dass dann eigentlich nicht mehr von einer „Symptomkarte“ gesprochen werden sollte. Desweiteren ist fraglich, ob eine NMDS-Struktur im Fall der Disabilities überhaupt Erkenntnisgewinne liefern könnte, wie dies bei Symptomen doch klar angenommen werden darf. Zu klären sind solche Fragen aber letztlich erst anhand einer konkreten Umsetzung der Disabilities in operationalisierte Einzelmerkmale.

Zu guter Letzt möchte ich die oft angesprochene empirische Überprüfung der Klenico-Items noch einmal in konkretisierender Weise aufgreifen. Wie bereits verschiedentlich dargelegt, halte ich den Abgleich mit bestehenden und bewährten diagnostischen Instrumenten im Sinne einer Überprüfung der Konstruktvalidität für alle Bereiche des Klenico-Inventars für unabdingbar. Neben dem Einhalten eines in der Scientific Community gemeinhin akzeptierten und geforderten Vorgehens lassen sich daraus auch entscheidende Implikationen für die Weiterentwicklung des Klenico-Systems gewinnen. Während meiner Anstellung bei der Klenico AG gehörte die Entwicklung und das Aufgleisen einer entsprechenden Studie zu meinen Aufgabenbereichen. Um die immense Datenerhebung bei der erforderlichen Stichprobengröße von etwa 1500 Patienten (vgl. 4.2.2.4) bewältigen zu können, war eine Multicenterstudie in mehreren psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz geplant. Zu den ersten Schritten bei der Umsetzung dieses Vorhabens gehörte das Erstellen zahlreicher Unterlagen, um die Datenerhebung gemäß den Anforderungen der jeweiligen Ethikkommissionen durchführen zu können, so auch eines umfassenden Studienprotokolls. Die darin enthaltenen, wissenschaftlichen Zielsetzungen und Fragestellungen möchte ich abschließend und im Sinne einer Brücke zu diesem hoffentlich weitergeführten Studienprojekt wiedergeben:

Die übergeordneten Ziele der geplanten Studie liegen darin, ein neu formuliertes Item-Set inhaltlich und psychometrisch zu evaluieren und mittels NMDS-Analyse ein adäquates, visuelles Modell der Datenstruktur zu berechnen. Die übergeordnete Fragestellung lässt sich wie folgt formulieren:

Gelingt es, mit dem neu formulierten Item-Set einzelne Symptome der in der klinischen Routineversorgung relevanten psychischen Störungen zu erfassen und mittels NMDS-Analyse als inhaltlich sinnvoll interpretierbare Strukturen zu visualisieren?

Diese übergeordnete Forschungsfrage soll anhand der folgenden Teilschritte und spezifischeren Fragestellungen beantwortet werden:

1. Berechnung von Symptomkarten, d.h. Modellierung der Datenstruktur (Kovarianzen zwischen einzelnen Symptomen) mittels robuster NMDS ...
 - a. ... für das gesamte Symptom-Item-Set
- Fragestellung 1.a.1: Bleiben die mathematischen Qualitätsmerkmale der NMDS (sog. Stress-Werte) akzeptabel, wenn die Symptome gemäß ihren

Kovarianzen im zweidimensionalen Raum angeordnet werden?

Fragestellung 1.a.2.: Bleiben die berechneten Strukturen bei Split-Half stabil?

Fragestellung 1.a.3.: Kann die Gesamtstruktur der Symptomanordnung gemäß aktuellem Wissensstand der Psychopathologie sinnvoll interpretiert werden?

- b. ... für jedes Item-Set der 13 Störungsbereiche bzw. der 21 Unterbereiche (analoge FS wie für das gesamte Item-Set)

2. Inhaltliche Validierung

Fragestellung 2.1: Gehen die mit dem Item-Set erhobenen Symptomausprägungen im Lauf der Behandlung zurück (Teilstichprobe)?

Fragestellung 2.2: Welche konvergenten und divergenten Validitäten ergeben sich aus dem Vergleich der störungsspezifischen Item-Sets mit anderen Erhebungsinstrumenten, die standardmäßig in Kliniken erhoben werden?

3. Berechnung der üblichen testtheoretischen Kennzahlen für jeden Unterbereich und Vergleich der Patienten-Stichprobe mit einer (gesunden) bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe

Fragestellung 3.1.: Erfüllen die störungsspezifischen Item-Sets die Anforderungen, um als Tests bezeichnet zu werden?

Fragestellung 3.2.: Welche Normverteilungen ergeben sich für die Symptom-Items und Störungsbereiche im Kontinuum zwischen gesunden Probanden und Patienten?

4. Berechnung der Sensitivität und Spezifität der Screening-Items

Fragestellung 4.: Wie hoch sind die missing rates und false positive alarms für die Screening-Items eines jeden Störungsbereichs?

Literaturverzeichnis

- AMDP (Hrsg.) (2016). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 9., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Andreas, S., Dirmaier, J., Koch, U., & Schulz, H. (2003). DRG-Systeme in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen: Zur Konzeption eines Klassifikationssystems für Fallgruppen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 71(5), 234–242. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1055/s-2003-39066>
- Andreasen, N. C. (1982). Scale for the Assessment of Negative Symptoms. *PsycTESTS*. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1037/t12696-000>
- Andreasen, N. C. (1986). Scale for the Assessment of Positive Symptoms. *PsycTESTS*. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1037/t48377-000>
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108–112. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1093/schbul/sbl054>
- APA. (1980). *DSM-III* (3rd ed.). Washington D.C.: APA.
- APA. (1994). *DSM-IV* (4th ed.). Washington D.C.: APA.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®), Fifth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.
- APA, Falkai, P., & Wittchen, H. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- APA (2019). DSM History. Abgerufen am 29.04.2019 von <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>
- APA & WHO (Hrsg.) (1994). *Composite International Diagnostic Interview. Version 1.1, 1993* (Cidi Researcher's Manual). Washington D.C.: APA.
- APA Work Group to Revise DSM-III. (1988). *DSM-III-R* (3rd ed. rev.). Washington D.C.: APA.

- Arbeitskreis OPD. (2014). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 3., überarbeitete Auflage*. Bern: Huber.
- AWMF (Hrsg.) (2015a). *S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“*. AWMF-Register-Nr. 076-006. Abgerufen am 27.03.2020 von <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-006.html>
- AWMF (Hrsg.) (2015b). *S3-Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Langfassung*. AWMF-Register-Nr. nvl-005. Abgerufen am 02.05.2020 von <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html>
- AWMF (Hrsg.) (2016). *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“*. AWMF-Register Nr. 076-001. Abgerufen am 16.03.2020 von <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>
- AWMF (2019). Die AWMF. Aufgaben und Ziele. Abgerufen am 21.10.2019 von <https://www.awmf.org/die-awmf/aufgaben-und-ziele.html>
- AWMF (2020). Aktuelle Leitlinien. Abgerufen am 16.03.2020 von <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care*. Second edition. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Bajkó, Z., Szekeres, C.-C., Kovács, K. R., Csapó, K., Molnár, S., Soltész, P., Nyitrai, E., Magyar, M. T., Oláh, L., Bereczki, D., & Csiba, L. (2012). Anxiety, depression and autonomic nervous system dysfunction in hypertension. *Journal of the Neurological Sciences*, 317(1–2), 112–116. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.jns.2012.02.014>
- Basco, M. R., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W., & Barnett, V. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *The American Journal Of Psychiatry*, 157(10), 1599–1605. doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1599
- Baumann, U. & Stieglitz, R.-D. (1983). *Testmanual zum AMDP-System. Empirische Studien zur Psychopathologie*. Berlin: Springer.

- Bayer, J. (2019, April). Sprachen wandeln sich immer – aber nie in Richtung Unfug. *Neue Zürcher Zeitung*. Abgerufen am 03.05.2020 von <https://www.nzz.ch/feuilleton/die-geschlechtergerechte-sprache-macht-linguistische-denkfehler-ld.1472991>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beckermann, A. (2011). *Das Leib-Seele-Problem. Eine Einführung in die Philosophie des Geistes* (2., durchgesehene Auflage). München: Fink (UTB).
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, part I: A review of theory and methods. *Journal Of Personality Assessment*, 93(4), 332–346. doi:10.1080/00223891.2011.583808
- Benkert, O. & Hippus, H. (2013). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. 9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer.
- Berger, M. (Hrsg.) (2012). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München: Urban & Fischer.
- Berger, M., van Calker, D., Brakemeier, E.-L., Schramm, E. (2012). Affektive Störungen. In M. Berger (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 359–437). München: Urban & Fischer.
- Bernstein, D. P., Iscan, C., & Maser, J. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal Of Personality Disorders*, 21(5), 536–551. doi:10.1521/pedi.2007.21.5.536
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.) (2019). *Duden.de*. Abgerufen am 11.08.2019 von <https://www.duden.de/>
- Bischof, N. (1966). Erkenntnistheoretische Grundlagenprobleme der Wahrnehmungspsychologie. In: W. Metzger & H. Erke (Hrsg.): *Handbuch der Psychologie. Band 1* (S. 27–78) Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Bischof, N. (2009). *Psychologie. Ein Grundkurs für Anspruchsvolle* (2., durchgesehene Auflage.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bischof, N. (2012). *Moral. Ihre Natur, ihre Dynamik und ihr Schatten*. Köln: Böhlau.

- Bischof, N. (2016). *Struktur und Bedeutung. Einführung in die Systemtheorie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.). Bern: Hogrefe.
- Boessmann, U. (2017). *Berichte an den Gutachter schnell und sicher schreiben. 2., überarbeitete Auflage*. Berlin: Deutscher Psychologen-Verlag.
- Borsari, B., & Read, J. P. (2019). Introduction to the special issue: Responding to the opioid crisis: Perspectives, challenges and directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(10), 845–848. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1037/ccp0000443>
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Braam, A. W., Copeland, J. R. M., Delespaul, P. A. E. G., Beekman, A. T. F., Como, A., Dewey, M., ... Skoog, I. (2014). Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: Results from the EURODEP concerted action. *Journal of Affective Disorders*, 155, 266–272. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.jad.2013.11.011>
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(4), 859–867. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1017/S0033291700028956>
- Bühler, J., Keller, F., & Läge, D. (2012). Die Symptomstruktur des BDI-II: Kernsymptome und qualitative Facetten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 41(4), 231–242. doi:10.1026/1616-3443/a000170
- Bühler, J., Seemüller, F., & Läge, D. (2014). The predictive power of subgroups: An empirical approach to identify depressive symptom patterns that predict response to treatment. *Journal of Affective Disorders*, 163, 81–87. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.jad.2014.03.053>
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage*. München: Pearson Studium.

- Burgmer, M., Heuft, G., Freyberger, H. J., & Roeder, N. (2003). DRGs in der Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin: Überblick über die Entwicklung alternativer Klassifikationen. *Der Nervenarzt*, 74(3), 204–210. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1007/s00115-002-1337-9>
- Bürky, M. (2008). The concept of psychosis: Historical and phenomenological aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1200–1210. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1093/sch-bul/sbm136>
- van Calker, D. (2012). Psychopharmakologie. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 73–103). München: Urban & Fischer.
- Carlson, E. N., & Oltmanns, T. F. (2015). The role of metaperception in personality disorders: Do people with personality problems know how others experience their personality? *Journal of Personality Disorders*, 29(4), 449–467. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1521/pedi.2015.29.4.449>
- Chalmers, J. A., Heathers, J. A. J., Abbott, M. J., Kemp, A. H., & Quintana, D. S. (2016). Worry is associated with robust reductions in heart rate variability: A transdiagnostic study of anxiety psychopathology. *BMC Psychology*, 4.
- Chasson, G. S., Bello, M. S., Luxon, A. M., Graham, T. A. A., & Leventhal, A. M. (2017). Transdiagnostic emotional vulnerabilities linking obsessive-compulsive and depressive symptoms in a community-based sample of adolescents. *Depression and Anxiety*, 34(8), 761–769. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1002/da.22669>
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum, Weyer, G., & Koeppen, D. (Hrsg.) (2015). *Internationale Skalen für Psychiatrie* (6., überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Cooper, J. E., et al. (1969). Cross-national study of diagnosis of the mental disorders: Some results from the first comparative investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 125(10, Suppl.), 21–29.

- Costa Jr., P. T., McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory NEO-PI-R and NEO Five-Factor Inventory NEO-FFI Professional Manual*. Psychological Assessment Resources: Odessa, FL.
- Costa Jr., P. T., Widiger, T. A. (Hrsg.) (2002). *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality, 2nd edition*. American Psychological Association: Washington, DC.
- Cuthbert, B. N. (2014). Research domain criteria: Toward future psychiatric nosology. *Asian Journal Of Psychiatry*, 7(4-5). doi:10.1016/j.ajp.2013.12.007
- Dammann, G. (Hrsg.) (2015). *Phänomenologie und psychotherapeutische Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Deneke, F.-W. & Hilgenstock, B. (1998). *Das Narzissmusinventar. Manual*. Bern: Huber.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2020). Richtwerte für die Energiezufuhr in kcal/Tag. Abgerufen am 30.04.2020 von <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/energie/>
- DIMDI (2020a). *Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2017*. Abgerufen am 27.04.2020 von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/op-shtml2017/block-9-60...9-64.htm>
- DIMDI (2020b). *ICF*. Abgerufen am 30.04.2020 von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>
- DGK (2020). Warnzeichen für eine Altersdemenz. Abgerufen am 01.05.2020 von <https://dgk.de/gesundheit/verhalten-geist-psyche/alzheimer-demenz/frueherkennung.html>
- Diehl, U. (2016). Nachwort. In T. Nagel: *What Is It Like to Be a Bat? Wie ist es, eine Fledermaus zu sein?* Ditzingen: Reclam.
- Dittmann, V., Dilling, H., & Freyberger, H. J. (Hrsg.) (1992). *Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10. Klinische Erfahrung bei der Anwendung*. Bern: Huber.
- Doering, S., Renn, D., Höfer, S., Smrekar, U., Janecke, N., Schatz, D. S., Schotte, C., de Doncker, D., Schüßler, G. (2007): Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 53(2):111–128.

- Drozd, E. M., Cromwell, J., Gage, B., Maier, J., Greenwald, L. M., & Goldman, H. H. (2006). Patient casemix classification for Medicare psychiatric prospective payment. *The American Journal Of Psychiatry*, 163(4), 724–732. doi:10.1176/appi.ajp.163.4.724
- Egli, S., Riedel, M., Möller, H.-J., Strauss, A., & Läge, D. (2009). Creating a map of psychiatric patients based on psychopathological symptom profiles. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(3), 164–171. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1007/s00406-008-0848-1>
- Egli, S., Schlatter, K., Streule, R., & Läge, D. (2006). A structure-based expert model of the ICD-10 mental disorders. *Psychopathology*, 39(1), 1–9. doi:10.1159/000089657
- Egli, S., Streule, R., & Läge, D. (2008). The structure-based expert model of the mental disorders – A validation study. *Psychopathology*, 41(5), 286–293. doi:10.1159/000141923
- English, J. T., Sharfstein, S. S., Scherl, D. J., Astrachan, B., & Muszynski, I. L. (1986). Diagnosis-related groups and general hospital psychiatry: The APA study. *The American Journal of Psychiatry*, 143(2), 131–139. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1176/ajp.143.2.131>
- EPA. (2019). *About EPA*. Abgerufen am 21.10.2019 von <https://epa-congress.org/>
- Eriksson, J. M., Andersen, L. M. & Bejerot, S. (2013). RAADS-14 Screen: validity of a screening tool for autism spectrum disorder in an adult psychiatric population. *Molecular Autism*, 4(1), 49. doi: 10.1186/2040-2392-4-49
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2018). *Verbrauch, Missbrauch, Abhängigkeit – Zahlen und Fakten*. Abgerufen am 29.04.2020 von <https://www.sucht.de/daten-und-fakten.html>
- Fähndrich, E. & Stieglitz, R.-D. (2016). *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befunden. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems*. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Fähndrich, E. & Woggon, B. (1997). Geschichte der AMDP. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hrsg.) *Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung* (S. 15–20). Göttingen: Hogrefe.
- Fava, M., Alpert, J. E., Carmin, C. N., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Biggs, M. M., ... Rush, A. J. (2004). Clinical correlates and symptom patterns of anxious depression

- among patients with major depressive disorder in STARD. *Psychological Medicine*, 34(7), 1299–1308. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1017/S0033291704002612>
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Gierk, B., Voderholzer, U., & Heuser, J. (2015). The Munich Eating and Feeding Disorder Questionnaire (Munich ED-Quest) DSM-5/ICD-10: Validity, reliability, sensitivity to change and norms. *European Eating Disorders Review*, 23(3), 229–240. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1002/erv.2348>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. & Salkovskis, P. M. (2009). *OCI-R. Obsessive-Compulsive Inventory-Revised. 1. Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Frances, A. J. (2013). *Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. DuMont, Köln; Originaltitel: Frances A. J. (2013). Saving normal. An insider's look at what caused the epidemic of mental illness and how to cure it. Morrow, New York.
- Frances, A. J. & Thomas Widiger, T. (2012). Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV Past and Cautions for the DSM-5 Future. *Annual Review of Clinical Psychology* 8(1), 109–130. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102
- Franco, A., Malhotra, N. & Simonovits, G. (2014). Publication bias in the social sciences: Unlocking the file drawer. *Science*, 345(6203), 1502–1505. doi:10.1126/science.1255484
- Freyberger, H. J. & Möller, H.-J. (Hrsg.) (2004). *Die AMDP-Module*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H. (1997). *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft*. Göttingen: Hogrefe.
- Garabiles, M. R., Lao, C. K., Xiong, Y., & Hall, B. J. (2019). Exploring comorbidity between anxiety and depression among migrant Filipino domestic workers: A network approach. *Journal of Affective Disorders*, 250, 85–93. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.jad.2019.02.062>
- Gastpar M., Heinz W., Poehlke T., Raschke P. (1998). Beschaffungskriminalität. In: *Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit*. Abgerufen am 16.03.2020 von https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-662-07502-9_14

- Gebhardt, R., Pietzcker, A., Strauss, A., Stoeckel, M., Langer, C., & Freudenthal, K. (1983). Skalenbildung im AMDP-system. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 233(3), 223–245. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1007/BF00343598>
- Geue, K., Strauß, B. & Brähler, E. (Hrsg.) (2016). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gibbons, R. D., Hur, K., Brown, C. H., Davis, J. M., Mann, J. J. (2012). Benefits From Antidepressants: Synthesis of 6-Week Patient-Level Outcomes From Double-blind Placebo-Controlled Randomized Trials of Fluoxetine and Venlafaxine. *Archives Of General Psychiatry*. 69(6), 572-579. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2044
- Gigerenzer, G. (2015). *Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken*. München: Piper.
- Goldstein, B. E. (2002). Sensation and Perception, 6th edition. In M. Ritter (Hrsg.) *Wahrnehmungspsychologie*. Zweite deutsche Auflage. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Gravetter, F. J. & Forzano, L.-A. B. (2009). *Research Methods for the Behavioral Sciences*. Third Edition. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Gülick-Bailer,-M.-v., Maurer,-K., & Häfner,-H. (1995). Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – deutsche Fassung. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdx&AN=PT9003356&site=ehost-live>
- Häcker, H. O. & Stapf, K.-H. (Hrsg.) (2009) *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Huber.
- Häfner, H. & Maurer, K. (1994). Klassifikation und Epidemiologie. In H. Dilling, E. Schulte-Markwort, H. J. Freyberger (Hrsg.) *Von der ICD-9 zur ICD-10* (S. 17–30). Bern: Huber.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 23, 56–62.
- Hand, I., & Büttner-Westphal, H. (1991). Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. *Verhaltenstherapie*, 1(3), 223–225. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1159/000257972>

- Haug, A. (2018). Vom Patientengespräch zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens. In R.-D. Stieglitz, A. Haug, B. Kis, S. Kleinschmidt & A. Thiel (Hrsg.) *Praxisbuch AMDP* (S. 31–39). Göttingen: Hogrefe.
- Haug, A. & Trabert, W. (2018). Vermittlung von psychopathologischem Wissen. In R.-D. Stieglitz, A. Haug, B. Kis, S. Kleinschmidt & A. Thiel (Hrsg.) *Praxisbuch AMDP* (S. 153–160). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II. Beck Depressions Inventar Revision – Manual*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- He, C., Gong, L., Yin, Y., Yuan, Y., Zhang, H., Lv, L., ... Zhang, Z. (2019). Amygdala connectivity mediates the association between anxiety and depression in patients with major depressive disorder. *Brain Imaging and Behavior*, 13(4), 1146–1159. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1007/s11682-018-9923-z>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K.-O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hegerl, U. (2014). Largely unnoticed flaws in the fundamentals of depression diagnosis: The semantics of core symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(12), 1166. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1177/0004867414559550>
- Helmchen, H. (2003). Krankheitsbegriff und Anspruch auf medizinische Leistungen. *Der Nervenarzt* 74(5), 395–397. doi:10.1007/s00115-003-1527-0
- Hentschel, A. G. & Livesley, J. W. (2013). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): Factor Structure, Incremental Validity of Self-Pathology, and Relations to DSM–IV Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment* 95(5). doi:10.1080/00223891.2013.778273
- Herwig, U., Warnke, I., & Rössler, W. (2009). Psychopathologische Syndrome gemäß AMDP–System als Grundlage für Fallgruppierungen in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 36(7), 320–326. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1055/s-0029-1220355>

- Hess, V. & Herrn, R. (2015). Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs aus historischer Perspektive. *Der Nervenarzt* 86(1), 9–15. doi:10.1007/s00115-014-4107-6
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). *ICD-10 Checklisten (IDCL für ICD-10)*. Bern: Huber.
- Hogrefe (2019). *Testzentrale*. Abgerufen am 26.06.2019 von <https://www.testzentrale.de/>
- Hogrefe (2019). *Hogrefe Testsystem 5*. Abgerufen am 26.06.2019 von <http://www.hogrefe-testsystem.com/>
- Hoff, P. (1997). Historische Aspekte psychopathologischer Befunderhebung. In: H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung* (S. 7–14). Göttingen: Hogrefe.
- Hoff, P. (2005). Psychiatrische Diagnose heute - notwendiges Hilfsmittel oder stigmatisierendes Etikett? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 156(1), 4–12. Abgerufen am 16.06.2019 von: <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/79349/>
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A., & Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 140, 566–572. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1192/bjp.140.6.566>
- Innosuisse (2019). *Innosuisse - Schweizerische Agentur für Innovationsförderung*. Abgerufen am 19.08.2019 von <https://www.innosuisse.ch/inno/de/home.html>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., & ... Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal Of Psychiatry*, 167(7), 748–751. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379
- Jäger, M. (2016). *Konzepte der Psychopathologie. Von Karl Jaspers zu den Ansätzen des 21. Jahrhunderts*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jaspers, Karl. (1973). *Allgemeine Psychopathologie (Neunte, unveränderte Auflage)*. Berlin: Springer.

- Javaras, K. N., Runfola, C. D., Thornton, L. M., Agerbo, E., Birgegård, A., Norring, C., ... Bulik, C. M. (2015). Sex- and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete Swedish 1979–2001 birth cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1070–1081. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1002/eat.22467>
- Jenkins, L. M., Stange, J. P., Bessette, K. L., Chang, Y.-S., Corwin, S. D., Skerrett, K. A., ... Langenecker, S. A. (2018). Differential engagement of cognitive control regions and subgenual cingulate based upon presence or absence of comorbid anxiety with depression. *Journal of Affective Disorders*, 241, 371–380. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.jad.2018.07.082>
- Jones, P. J., Mair, P., Riemann, B. C., Mugno, B. L., & McNally, R. J. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 1–8. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.janxdis.2017.09.008>
- Kalbe, E., Kessler, J., Calabrese, P., Smith, R., Passmore, A. P., Brand, M., & Bullock, R. (2004). DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(2), 136–143. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1002/gps.1042>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opfer, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kennedy, S. H., Kaplan, A. S., Garfinkel, P. E., Rockert, W., Toner, B., & Abbey, S. E. (1994). Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Discriminating depressive symptoms and episodes. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(7), 773–782. [https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/0022-3999\(94\)90030-2](https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/0022-3999(94)90030-2)
- Kessler, J., Markowitsch, H. J. & Denzler P. (2000). *Mini-Mental-Status-Test (MMST)*. Göttingen: Beltz Test.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., & Wang, P. S. (2007). Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 137–158. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091444>

- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J. & Johnson, B. T. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5(2), 260-268. doi: 10.1371/journal.pmed.0050045
- Klenico (unveröffentlicht). Psychopathologische Symptomkarten bei Patienten mit depressiven Störungen – Evaluierung eines neuen Instrumentes in der klinischen Praxis.
- Kraepelin, Emil. (1903). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (7., vielfach umgearbeitete Auflage). 1. Band Allgemeine Psychiatrie. Leipzig: Barth.
- Kraepelin, Emil. (1904). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (7., vielfach umgearbeitete Auflage). 2. Band Klinische Psychiatrie. Leipzig: Barth.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890.
- Krüger, S., Bräuning, P. & Shugar, G. (1998). *Manie-Selbstbeurteilungsskala*. Göttingen: Hogrefe.
- Kruskal, J. B. (1964a). Multidimensional scaling by optimizing goodness of fit to a nonmetric hypothesis. *Psychometrika*, 29(1), 1–27. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1007/BF02289565>
- Kruskal, J. B. (1964b). Nonmetric multidimensional scaling: A numerical method. *Psychometrika*, 29(2), 115–129. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1007/BF02289694>
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck Depressionsinventars (BDI-II) – Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Der Nervenarzt*, 78, 651–656.
- Kupfer, D.J., First, M.B. & Regier, D.A. (Hrsg.) (2002). *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: APA.

- Labad, J., Soria, V., Salvat-Pujol, N., Segalàs, C., Real, E., Urretavizcaya, M., ... Menchón, J. M. (2018). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in the comorbidity between obsessive-compulsive disorder and major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 93, 20–28. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.psyneuen.2018.04.008>
- Läge, D. (2001). *Ähnlichkeitsbasierte Diagnostik von Sachwissen*. Habilitationsschrift an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich.
- Läge, D., Daub, S., Bosia, L., Jäger, C. & Ryf, S. (2005). Die Behandlung ausreißerbehafteter Datensätze in der Nonmetrischen Multidimensionalen Skalierung – Relevanz, Problemanalyse und Lösungsvorschlag (Forschungsberichte aus der angewandten Kognitionspsychologie Nr. 21). Zürich: Universität, Psychologisches Institut.
- Läge, D., Egli, S., Riedel, M., Strauss, A., & Möller, H.-J. (2011). Combining the categorical and the dimensional perspective in a diagnostic map of psychotic disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(1), 3–10. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1007/s00406-010-0125-y>
- Läge, D., Ryf, S., Daub, S. & Jäger, C. (2008). Robustness in Nonmetric Multidimensional Scaling. Zürich: AKZ-Forschungsbericht Nr. 59.
- Laireiter, A.-R. (2000). Diagnostik in der Psychotherapie: Perspektiven, Aufgaben und Qualitätskriterien. In A.-R. Laireiter (Hrsg.) *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 3–21). Wien: Springer.
- Lammel, M., Bormuth, M., Sutarski, S., Bauer, M. & Lau, S. (Hrsg.) (2017). *Karl Jaspers 'Allgemeine Psychopathologie. Standortbestimmungen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Leucht, S., Vauth, R., Olbrich, H. M., & Jäger, M. (2015). Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 301–358). München: Urban & Fischer.
- Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (2005). Angststörungen: Ätiologie / Bedingungsanalyse. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.) (2005). *Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie*. 3., vollständig überarbeitete Auflage (S. 905–924). Bern: Huber.

- Livesley, W. J. (2011). An empirically-based classification of personality disorder. *Journal Of Personality Disorders*, 25(3), 397–420. doi:10.1521/pedi.2011.25.3.397
- Loranger, A. W., Janca, A. & Sartorius, N. (Hrsg.) (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. New York NY: Cambridge University Press.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., ..., (1994). The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215–224. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950030051005
- Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. & Bishop, S. L. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule™, Second Edition*. Torrance, CA: WPS.
- Maj, M., Pirozzi, R., Magliano, L., Fiorillo, A., & Bartoli, L. (2006). Agitated “Unipolar” Major Depression: Prevalence, Phenomenology, and Outcome. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 712–719. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.4088/JCP.v67n0504>
- Margraf, J. (1994). *MINI-DIPS. Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Mattar, L., Huas, C., Duclos, J., Apfel, A., & Godart, N. (2011). Relationship between malnutrition and depression or anxiety in anorexia nervosa: A critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 132(3), 311–318. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.jad.2010.09.014>
- McCombie, G. & Läge, D. (2013). Der Educational Profiler: Ein Instrument für die Diagnose der pädagogischen Bezugssysteme angehender Lehrpersonen. *Beiträge zur Lehrerbildung*, 31, 198–213.
- McNally, R. J., Mair, P., Mugno, B. L., & Riemann, B. C. (2017). Co-morbid obsessive-compulsive disorder and depression: A Bayesian network approach. *Psychological Medicine*, 47(7), 1204–1214. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1017/S0033291716003287>
- Meißner, M. (2012). Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie: Frühzeitiger Umstieg soll sich lohnen. *Deutsches Ärzteblatt* 109(1–2), A-11 / B-11 / C-11.

- Melchior, H., Hergert, A., Hofreuter-Gätgens, K., Bergelt, C., Morfeld, M., Schulz, H., & ... Watzke, B. (2010). Prädiktoren der stationären Behandlungsdauer von Patienten mit psychischen Störungen. Eine systematische Literaturanalyse. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56(4), 399–418.
- Mentzos, S. (2017). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen* (8., unveränderte Auflage.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Miller, P. R. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 2 Interrater reliability of outcomes of structured vs unstructured interviews. *Psychiatry Research*, 105(3), 265–271. [https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/S0165-1781\(01\)00318-3](https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/S0165-1781(01)00318-3)
- Miller, P. R., Dasher, R., Collins, R., Griffiths, P., & Brown, F. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 1 Accuracy of structured vs unstructured interviews. *Psychiatry Research*, 105(3), 255–264. [https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/S0165-1781\(01\)00317-1](https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/S0165-1781(01)00317-1)
- Mombour, W. (1997). Psychopathologie und Diagnostik. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hrsg.) *Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung* (S. 20–29). Göttingen: Hogrefe.
- Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal Of Personality Assessment*, 93(4), 347–353. doi:10.1080/00223891.2011.577853
- Mundt, C. (2002). Psychological perspectives for the development of future diagnostic systems. *Psychopathology*, 35(2–3), 145–151. doi:10.1159/000065135
- Mühlbacher, M., Egger, C., Kaplan, P., Simhandl, C., Grunze, H., Geretsegger, C., Whitworth, A. & Stuppäck, C. (2011). Reliabilität und Übereinstimmungsvalidität der deutschen Version der Young Mania Rating Scale (YMRS-D). *Neuropsychiatrie*, 25(1), 16–25.
- Müther, M. (2018). *Bericht an den (VT)Gutachter. Einschließlich Antragsverfahren und Durchführungsmodalitäten ab 01.04.2017* (5., überarb. und erw. Aufl.). Tübingen: Dgvt-Verlag.

- Nagel, T. (2016). *What Is It Like to Be a Bat? Wie ist es, eine Fledermaus zu sein?* Ditzingen: Reclam.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Neumann, H. & Hellwig, A. (2002). Fallpauschalen im Krankenhaus: Das Ende der „Barmherzigkeit der Intransparenz“. *Deutsches Ärzteblatt* 99(50), A-3387 / B-2851 / C-2653.
- Oberholzer, R., Egloff, S., Ryf, S. & Läge, D. (2008). *ProDaX Handbuch*. Von ProDaX – proximity data explorer. Abgerufen am 08.11.2017 unter <http://www.prodax.ch/ProDaX-Handbuch.pdf>
- Østergaard, S. D., Lemming, O. M., Mors, O., Correll, C. U., & Bech, P. (2016). PANSS-6: A brief rating scale for the measurement of severity in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(6), 436–444. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1111/acps.12526>
- Parker, G., Both, L., Olley, A., Hadzi-Pavlovic, D., Irvine, P., & Jacobs, G. (2002). Defining disordered personality functioning. *Journal Of Personality Disorders*, 16(6), 503–522. doi:10.1521/pedi.16.6.503.22139
- Perrez, M. & Baumann, U. (Hrsg.) (2005). *Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Huber.
- Perry, J. C., Bond, M., & Roy, C. (2007). Predictors of treatment duration and retention in a study of long-term dynamic psychotherapy: Childhood adversity, adult personality, and diagnosis. *Journal Of Psychiatric Practice*, 13(4), 221–232. doi:10.1097/01.pra.0000281482.11946.fc
- Pham-Scottez, A., Huas, C., Perez-Diaz, F., Nordon, C., Divac, S., Dardennes, R., & ... Rouillon, F. (2012). Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment? The role of personality factors. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 200(9), 807–813. doi:10.1097/NMD.0b013e318266bbba
- Pinker, S. (1998). *Wie das Denken im Kopf entsteht*. München: Kindler.

- Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2009). The conceptual development of DSM-V. *The American Journal Of Psychiatry*, 166(6), 645–650. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09020279
- Reips, U.-D., & Funke, F. (2008). Interval-level measurement with visual analogue scales in Internet-based research: VAS generator. *Behavior Research Methods*, 40(3), 699–704. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.3758/BRM.40.3.699>
- Rettew, D. C., Lynch, A. D., Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Ivanova, M. Y. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*, 18(3), 169–184. doi:10.1002/mpr.289
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory: A review. *Psychopathology*, 31(3), 160–168. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1159/000066239>
- Rizk, M., Lalanne, C., Berthoz, S., Kern, L., Group, EVHAN, & Godart, N., (2012). Problematic exercise in anorexia nervosa: testing potential risk factors against different definitions. *PLoS One* 10, e0143352. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143352>.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *SOMS. Das Screening für Somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen*. Bern: Huber.
- Robins, E., & Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 126(7), 983–986. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.7.983>
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029–2040. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1017/S0033291713002535>
- Rosellini, A. J., Bourgeois, M. L., Correa, J., Tung, E. S., Goncharenko, S., & Brown, T. A. (2018). Anxious distress in depressed outpatients: Prevalence, comorbidity, and incremental validity. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 54–60. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.jpsychires.2018.05.006>

- Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science* 179(4070), 250–258. doi: 10.1126/science.179.4070.250
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2007). *Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Untersuchungsverfahren zur syndromalen und kategorialen Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Roy, M., Dillo, W., Emrich, H. M. & Ohlmeier, M. D. (2009). Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt international*, 106(5): 59–64. doi: 10.3238/arztebl.2009.0059
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage*. Stuttgart: Schattauer.
- Ryf, S. & Läge, D. (2007). Die Idealskala - ein Messwerkzeug zur optimierten Erhebung von Präferenzen. Zürich: AKZ-Forschungsbericht Nr. 57.
- Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, V., Luciano, M., & Fiorillo, A. (2020). Diagnosis, clinical features, and therapeutic implications of agitated depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 43(1), 47–57. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.psc.2019.10.011>
- Sani, G., Vöhringer, P. A., Napoletano, F., Holtzman, N. S., Dalley, S., Girardi, P., Ghaemi, S. N., & Koukopoulos, A. (2014). Koukopoulos' diagnostic criteria for mixed depression: A validation study. *Journal of Affective Disorders*, 164, 14–18. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.jad.2014.03.054>
- Sartorius, N. (1994). Operationale Diagnostik aus internationaler Sicht. In H. Dilling, E. Schulte-Markwort, H. J. Freyberger (Hrsg.) *Von der ICD-9 zur ICD-10* (S. 1–9). Bern: Huber.
- Sartorius, N., Kaelber, C. T., Cooper, J. E., Roper, M. T., Rae, D. S., Gulbinat, W., ... Regier, D. A. (1993). Progress toward achieving a common language in psychiatry: Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 115–124. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1001/archpsyc.1993.01820140037004>

- Sartorius, N., Üstün, T. B., Korten, A., Cooper, J. E., & Van Drimmelen, J. (1995). Progress toward achieving a common language in psychiatry: II Results from the international field trials of the ICD-10 Diagnostic Criteria for Research for mental and behavioral disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(10), 1427–1437. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1176/ajp.152.10.1427>
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung*. Stuttgart: Thieme. DOI: 10.1055/b-0034-47437
- Schauenburg, H., Dinger, U., Komo-Lang, M., Klinkerfuß, M., Horsch, L., Grande, T., & Ehrenthal, J. C. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF). In: S. Doering & S. Hörz (Hrsg.). *Handbuch der Strukturdiagnostik. Konzepte, Instrumente, Praxis* (S. 284–307). Stuttgart: Schattauer.
- Schneider, K. (2007). *Klinische Psychopathologie* (15. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2011). *DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen* (4., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorin, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22–33.
- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2013). The ironic fate of the personality disorders in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, And Treatment*, 4(4), 342–349. doi:10.1037/per0000029
- Smith, K. E., Mason, T. B., Crosby, R. D., Cao, L., Leonard, R. C., Wetterneck, C. T., ... Moessner, M. (2018). A comparative network analysis of eating disorder psychopathology and co-occurring depression and anxiety symptoms before and after treatment. *Psychological Medicine*. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1017/S0033291718000867>
- Spitzer, R. L. (1975). On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: A critique of Rosenhan's „On being sane in insane places“. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(5), 442–452. doi:10.1037/h0077124

- Spitzer, R. L., & Fleiss, J. L. (1974). A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *The British Journal of Psychiatry*, 125, 341–347. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1192/bjp.125.4.341>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Staeck, F. (2013). Friedenssignale im PEPP-Streit. *Ärzte Zeitung* vom 25.06.2013. Abgerufen am 29.06.2019 von https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/840892/entgeltsystem-psychiatrie-friedenssignale-pepp-streit.html
- Stengel, E. (1959). Classification of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 21, 601–663. Abgerufen von <http://search.ebscohost.com.ezproxy.uzh.ch/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1961-03715-001&site=ehost-live>
- Stieglitz, R. (2008). *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stieglitz, R. (2012). Psychiatrische Ratingskalen in der Routinediagnostik. *Psychiatrie und Psychotherapie Up2date*, 6(3), 177–192. doi:10.1055/s-0031-1298959
- Stieglitz, R., Baumann, U. & Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2001). *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Stieglitz, R. & Freyberger, H. J. (2015). Psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 17–34). München: Urban & Fischer.
- Stieglitz, R.-D. & Haug, A. (2018). Grundlagen für die praktische Anwendung von AMDP. In R.-D. Stieglitz, A. Haug, B. Kis, S. Kleinschmidt & A. Thiel (Hrsg.) *Praxisbuch AMDP* (S. 19–30). Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R.-D., Haug, A., Kis, B., Kleinschmidt, S. & Thiel, A. (Hrsg.) (2018). *Praxisbuch AMDP. Psychopathologische Befunderhebung – Grundlagen und Anwendungsbeispiele*. Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R. & Hiller, W. (2013). Definition und Erfassung psychischer Störungen: Bestandsaufnahme. *Psychotherapeut*, 58(3), 237–248. doi:10.1007/s00278-013-0978-4

- Streule, R., Rüfenacht, I. & Läge, D. (2009). *Der ObjectLoss einer Prokrustes-Transformation als Maß für individuelles Wissen*. Zürich: AKZ-Forschungsbericht Nr. 72.
- Stroemgren, E. (1994). ICD-9, ICD-10, DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV – Ansätze und Konzepte der modernen psychiatrischen Diagnostik. In H. Dilling, E. Schulte-Markwort, H. J. Freyberger (Hrsg.) *Von der ICD-9 zur ICD-10* (S. 11–16). Bern: Huber.
- Szasz, T. S. (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper & Row.
- Tebartz van Elst, L. (2016). *Autismus und ADHS*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tebartz van Elst, L. (2017). *Vom Anfang und Ende der Schizophrenie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1176/ajp.148.1.10>
- Thayer, J. F., Friedman, B. H., & Borkovec, T. D. (1996). Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry*, 39(4), 255–266. [https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/0006-3223\(95\)00136-0](https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/0006-3223(95)00136-0)
- The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists (Hrsg.) (2006). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. National Clinical Practice Guideline Number 31*. Northamptonshire: Hunt.
- Thew, G. R., Gregory, J. D., Roberts, K., & Rimes, K. A. (2017). Self-critical thinking and overgeneralization in depression and eating disorders: An experimental study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 45(5), 510–523. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1017/S1352465817000327>
- Thornton, L. M., Welch, E., Munn, C. M. A., Lichtenstein, P., & Bulik, C. M. (2016). Anorexia nervosa, major depression, and suicide attempts: Shared genetic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 525–534. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1111/sltb.12235>

- Tress, W. (2011). Das so genannte Leib-Seele-Problem. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 57(3), 261–274. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.13109/zptm.2011.57.3.261>
- Verheul, R. (2012). Personality disorder proposal for DSM-5: A heroic and innovative but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 369–371. doi:10.1002/cpp.1809
- Verheul, R., & Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS) diagnosis. *Journal Of Personality Disorders*, 18(4), 309–319. doi:10.1521/pedi.18.4.309.40350
- VFA (2020). Alzheimer-Selbsttest. Abgerufen am 01.05.2020 von <https://www.vfa.de/de/patienten/gesundheits-checks/alzheimer-test.html>
- Voderholzer, U., Hessler-Kaufmann, J. B., Lustig, L., & Läge, D. (2019). Comparing severity and qualitative facets of depression between eating disorders and depressive disorders: Analysis of routine data. *Journal of Affective Disorders*, 257, 758–764. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.jad.2019.06.029>
- Wade, T. D., Bulik, C. M., Neale, M., & Kendler, K. S. (2000). Anorexia nervosa and major depression: Shared genetic and environmental risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 469–471. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1176/appi.ajp.157.3.469>
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383–395. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1037/pas0000486>
- Weber, M. M., Burgmair, W. & Engstrom, E. J. (2006). Emil Kraepelin (1856–1926). Zwischen klinischen Krankheitsbildern und „psychischer Volkshygiene“. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(41), A2685–90.
- Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *The American Journal Of Psychiatry*, 155(12), 1767–1771.
- WHO (1967). International classification of diseases. 8. revision. Genf: WHO.

- WHO (1974). Glossary of mental disorders and guide to their classification. Genf: WHO.
- WHO (1977). International classification of diseases. 9. revision. Genf: WHO.
- WHO (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. In: H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt (Hrsg.) *Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- WHO (1995). *ICD-10 Symptom Checkliste für psychische Störungen*. Bern: Huber
- WHO (2014). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung. Abgerufen am 16.06.2019 von: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>
- WHO (2020a). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Abgerufen am 30.04.2020 von <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
- WHO (2020b). 6B40 Post traumatic stress disorder. Abgerufen am 29.04.2020 von <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2070699808>
- WHO (2020c). International Classification of Health Interventions (ICHI). Abgerufen am 01.05.2020 von <https://www.who.int/classifications/ichi/en/>
- WHO (2020d). 6D10 Personality disorder. Abgerufen am 31.05.2020 von <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f941859884>
- WHO (2020e). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version: 04 / 2019. Abgerufen am 13.06.2020 von <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- WHO & Dilling, H. (2009). *Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- WHO, Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 8., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (German Modification) 2016. Bern: Hogrefe.

- WHO, Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-Diagnostische Leitlinien*. Bern: Hogrefe.
- WHO, Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2016). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. Bern: Hogrefe.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fifth edition. *Journal Of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504. doi:10.1037/0021-843X.114.4.494
- Wing, J. K., Cooper, J. E. & Sartorius, N. (1982). *Die Erfassung und Klassifikation psychiatrischer Symptome*. Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U., & Pfister, H. (1997). *Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X Interviews*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Wittchen, H. U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., Zaudig, M. (1997). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft und Beurteilungsheft*. Göttingen: Hogrefe.
- Wöller, W. & Kruse, J. (Hrsg.) (2010). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Stuttgart: Schattauer.
- Wußing, H. (2009). *Von Gauss bis Poincaré*. Leipzig: Edition am Gutenbergplatz.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., Meyer, D. A. (2000). Young Mania Rating Scale. In: *Handbook of Psychiatric Measures*, S. 540–542. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Zarenga (2020). Demenz – Test. Abgerufen am 01.05.2020 von <https://www.demenz-aktuell.de/demenz-test>
- Zhiguo, W., Cao, L., Daihui, P., Mellor, D., Chen, Z., Haozhe, L., ... Yiru, F. (2018). The clinical correlates of comorbid anxiety symptoms and syndromal anxiety in patients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 269, 251–257. <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1016/j.psychres.2018.07.019>

- Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Schauenburg, H., Cierpka, M., & Leising, D. (2014a). Assessing DSM-5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: A pilot study with untrained and clinically inexperienced students. *Journal Of Personality Assessment*, 96(4), 397-409. doi:10.1080/00223891.2013.852563
- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J., & ... Leising, D. (2014b). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal Of Personality Disorders*, 28(4), 518-540. doi:10.1521/pedi_2014_28_130